علم نفس الشواذ

الاضطرابات النفسية والعقلية

علي عبد الرحيم صالح

جامعة القادسية - كلية الآداب



www.darsafa.net

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

صدق الله العظيم

علم نفس الشواذ

الاضطرابات النفسية والعقلية

علم نفس الشواذ

الاضطرابات النفسية والعقلية

علي عبد الرحيم صالح

جامعة القادسية/ كلية الآداب

الطبعة الأولى

2014م - 1435هـ

دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان

دار صفاء للنشر والتوزيع

علم نفس الشواذ الاضطرابات النفسية والعقلية

علي عبد الرحيم صالح

الواصفات:

/الطب النفسي/الامراض العقلية//علم النفس/

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2013/1/245)

ردمك ISBN 978-9957-24-882-6

عمان ـ شارع الملك حسين

مجمع الفحيص التجاري ـ تلفاكس 4612190 6 962+

هاتف: 4611169 6 962+ ص . ب 922762 عمان ـ 11192 الأردن

DAR SAFA Publishing - Distributing
Telefax: +962 6 4612190- Tel: + 962 6 4611169
P.O.Box: 922762 Amman 11192- Jordan
E-mail:safa@darsafa.net

www.darsafa.net

جميع حقـوق الطبع محفوظة

All RIGHTS RESERVED

جميع الحقوق محفوظة للناشر. لا يسمح بإعادة إصدار الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال دون إذن خطي من الناشر

All rights Reserved. No part of this book may be reproduced. Stored in a retrieval system. Or transmitted in any form or by any means without prior written permission of the publisher.

الإهداء

إلى عائلتي الكريمة (أمي وابي وأخوتي)

إلى زوجتي الفاضلة (أسمهان)

إلى ابنتي الجميلتين (زينب وزهراء)

إلى أساتذتي وزملائي وطلابي مع المودة

الفهرس

المقدمة 19

الفصل الأول

التعريف بعلم نفس الشواذ

ماذا نعني بالشواذ؟ 25

تعريف علم نفس الشواذ 27

أهداف علم نفس الشواذ 28

تاريخ تطور دراسة السلوك الشاذ في علم النفس........................ 29

المؤسسات الأولى المتخصصة في علم نفس الشواذ 34

العلوم المتصلة بعلم نفس الشواذ 35

ما الذي يفعله المختص في علم نفس الشواذ؟............................ 39

الممارسة المهنية... 40

التخصصات المهنية ذات العلاقة بعلم نفس الشواذ 41

أين ينشر علماء نفس الشواذ دراساتهم ؟ 43

الفصل الثاني

الاضطراب النفسي بوصفه سلوكا شاذا

مقدمة 47

ما هو الاضطراب النفسي؟ 48

صعوبة تحديد الاضطراب النفسي 52

معايير الاضطراب النفسي 53

أعراض الاضطراب النفسي 56

أولا : المظهر العام.. 57

ثانيا: اضطراب الادراك.. 59

ثالثا: اضطرابات التفكير.. 61

رابعا: الاضطرابات الانفعالية 65

خامسا: اضطرابات الذاكرة والوعي والانتباه..................... 68

سادسا: اضطرابات الكلام 71

سابعا: اضطرابات الحركة.. 74

ثامنا: اضطرابات أخرى.. 78

معدل انتشار الاضطرابات النفسية 80

الفصل الثالث

أسباب الاضطراب النفسي

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية 85

1. الوراثة.. 85

دراسات الشذوذ الكروموسومي.. 87

الدراسات الأسرية... 87

دراسات التوائم.. 88

2. التأثير العصبي الدماغي 89

أ. شذوذ واصابات الدماغ.. 89

ب. النواقل العصبية 92

ج. الخلل الأيضي.. 94

3. العوامل البيئية (ضعف القدرة على مواجهة الضغوط والأزمات)... 94

بعض النماذج النفسية في تفسير الاضطراب النفسي.................. 99

1. منظور التحليل النفسي لفرويد.. 99

2. المنظور السلوكي 99
3. المنظور المعرفي 100
4. المنظور الإنساني 101
5. المنظور الوجودي 102
6. نموذج التعلق والحماية (الآمن) 104
7. نموذج الاستهداف – الضغط (النموذج التكاملي) 104

الفصل الرابع

تصنيف الاضطرابات النفسية

الجذور التاريخية لتصنيف الاضطرابات النفسية 109
ما هو التصنيف؟ 109
أنواع التصنيف 110
أولا: التصنيف الداخلي – الخارجي 110
ثانيا: تصنيف عضوي المنشأ – نفسي المنشأ 111
ثالثا: الاضطرابات العصابية – والذهانية 111
الاضطرابات العصابية 112
الاضطرابات الذهانية 117
الفرق بين العصاب والذهان 121
رابعا: التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية 126
الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية 126
التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة 131

الفصل الخامس

تشخيص الاضطرابات النفسية

معنى التشخيص النفسي 137

تعريف التشخيص.. 138

أهمية التشخيص النفسي 139

هدف التشخيص 140

اخلاقيات التشخيص 141

أدوات التشخيص.. 143

أولا: المقابلة الاكلينيكة 144

❖ أهداف المقابلة.. 145

❖ أهمية المقابلة.. 146

❖ موضوعات المقابلة 146

❖ خطوات المقابلة 149

❖ العوامل التي تؤثر في سير المقابلة.............................. 150

❖ نقاط أساسية في المقابلة 153

ثانيا: الملاحظة الاكلينيكة 154

❖ أدوات الملاحظة 155

❖ مراحل الملاحظة 159

❖ أساليب الملاحظة 160

❖ عيوب الملاحظة النفسية... 162

ثالثا: الاختبارات والمقاييس النفسية................................. 163

❖ الأهمية 163

❖ التعريف 164

❖ أنواع الاختبارت والمقاييس النفسية 165

❖ شروط الاختبارات والمقاييس النفسية الجيدة.................. 167

- الصدق 167

- الثبات.. 170

أصول تطبيق الاختبار النفسي.. 174

استمارة تشخيص الاضطرابات النفسية 175

الفصل السادس

الاضطرابات الانفعالية

اضطراب القلق المعمم 187

الفوبيا أو الرهاب 203

نوبات الهلع واضطرابه.. 222

اضطراب الاكتئاب الرئيس 236

اضطراب الوسواس القهري 259

اضطراب اختلال الآنية – تبدد الشخصية........................ 277

اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية........................ 287

بعض المشاكل المحددة التي ترافق اضطرابات ما بعد الصدمة............... 305

الفصل السابع

الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي

الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية) 311

الهستيريا (الاضطراب التحولي).. 331

توهم المرض (المراق - الوسواس المرضي) 347

الوهن العصبي (النيورستانيا)356
اضطراب تشوه الجسد الوهمي 368
اضطراب الألم جسدي الشكل 377

الفصل الثامن

اضطرابات الأكل

اضطرابات الأكل 387
الاعراض العامة لاضطرابات الاكل 388
أنواع اضطرابات الأكل 389
❖ فقدان الشهية العصبي أو القهم العصبي 389
❖ النهام العصبي 394
❖ أضطرابات أخرى 397
العمر والانتشار 398
الأسباب 399
العلاج 402

الفصل التاسع

الاضطرابات الذهانية الوظيفية

الأمراض الذهانية الوظيفية 409
الفصام 411
التعريف والوصف 411
الأعراض المبكرة للمرض 414
الأعراض العامة 416
الأسباب 420

بعض أنواع الفصام 426
المراحل التطورية للفصام 431
تشخيص الفصام 433
العمر والانتشار 434
علاج الفصام 434
الاضطراب ثنائي القطب 439
التعريف والوصف 440
القطب الأول (الاكتئاب) 441
القطب الثاني (الهوس) 444
أعراض النوبة الهوسية........................ 444
علامات النوبة الهوسية 445
أنواع الهوس 446
حالة الهوس الخفيف 446
اعراض الهوس الخفيف 447
الفترات الوجدانية المختلطة (المندمجة) 448
الهوس الهذياني 449
الأسباب 450

الفصل العاشر

الاضطرابات الذهانية الوظيفية

الأمراض الذهانية العضوية 461
الصرع 462
السكتة الدماغية 465

زهري الدماغ 467
اضطراب الذهان الكحولي 468
ذهان النفاس 472
مرض الزهايمر 473
متلازمة النساوة العضوية 474

الفصل الحادي عشر

اضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية 477
حالة مرضية 477
الوصف والتعريف 479
تصنيف اضطرابات الشخصية 480
بعض أنواع اضطرابات الشخصية 482
1. اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانوية) 482
2. الشخصية الشيزية – الفصامية 483
3. الشخصية النرجسية 484
4. اضطراب الشخصية المتجنّبة 485
5. الشخصية الزورية 486
6. الشخصية الوسواسية القهرية 486
7. اضطراب الشخصية الهستيرية 487
8. الشخصية المضادة للمجتمع 488
9. الشخصية العاجزة 489
10. اضطراب الشخصية الحدّية 489

أسباب اضطرابات الشخصية 490
العمر ونسبة الانتشار 493
العلاج 494

الفصل الثاني عشر

ادمان المواد ذات التأثير النفسي

مقدمة 499
الجذور التاريخية للإنسان في تعاطي المواد ذات التأثير النفسي........ 500
تعاطي المواد ذات التأثير النفسي لغة و اصطلاحا 503
إدمان المواد ذات التأثير النفسي بين التعود والاعتماد 505
مراحل تعاطي المواد المؤثرة نفسيا 508
مصادر المواد ذات التأثير النفسي 509
أنواع المواد ذات التأثير النفسي 509
أسباب تعاطي المواد المؤثرة نفسيا 511
أعراض المواد ذات التأثير النفسي 515
نظرة المجتمع الى المواد ذات التأثير النفسي 517
علاج ادمان المواد ذات التأثير النفسي 518
العوامل التي تؤثر عل نتائج علاج ادمان المواد ذات التأثير النفسي 523

الفصل الثالث عشر

الانحرافات الجنسية

حالة التلصص بوصفها أكثر الانحرافات انتشارا 527
الجنس 527
التعريف 529

مظاهر الانحراف الجنسي.. 530

أنواع الانحرافات الجنسية 531

الأسباب.. 535

الانتشار 538

علاج الانحراف الجنسي.. 538

الفصل الرابع عشر

اضطرابات النوم

سيكولوجية النوم.. 543

تعريف اضطرابات النوم 546

تصنيف اضطرابات النوم.. 547

بعض أنواع اضطراب النوم.. 548

أولا: صعوبات النوم 548

ثانيا: مصاحبات النوم 549

ثالثا: مجموعة أخرى.. 551

الاسباب 552

العمر والانتشار.. 553

علاج اضطرابات النوم 553

الفصل الخامس عشر

التخلف العقلي

التعريف 557

النمو العقلي لدى المتخلفين عقليا 558

أسباب التخلف العقلي.. 559

الخصائص النفسية والجسمية لدى المتخلفين عقليا 561

تصنيف التخلف العقلي 563

أولا: الجمعية الامريكية للتخلف العقلي 563

ثانيا: التصنيف التربوي 565

ثالثا: تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي 566

رابعا: التصنيف الاكلينيكي.. 567

علاج الضعف العقلي... 570

الفصل السادس عشر

اضطرابات النمو الشاملة

ما هي اضطرابات النمو الشاملة؟ 575

اعراض اضطرابات النمو الشاملة (العلامات و الصعوبات)........................ 576

صعوبات مجالات النمو في اضطرابات النمو الشاملة.............................. 577

ظهور الاضطراب و نسبة الانتشار 580

أسباب الاصابة باضطرابات النمو الشاملة 581

تصنيف اضطرابات النمو الشاملة 582

1. الاضطراب التوحدي 582

2. متلازمة أسبيرجر... 584

3. متلازمة ريت 589

4. اضطراب التفكك الطفولي 593

5. اضطراب النمو الشامل غير المحدد.. 595

الفصل السابع عشر

النظرة الدونية تجاه علم النفس والطب النفسي

مشكلة البحث 603

أهمية البحث 606

أسباب نشوء وانتشار الاوهام الشائعة في الطب النفسي 608

اتجاهات الاسر العربية نحو اصابة احد إفرادها بالاضطراب النفسي 610

بعض الاوهام الشائعة نحو الطب النفسي 611

التوصيات 619

المصادر 621

المقدمة

تشير تقارير منظمة الصحة العالمية أن حوالي 450 مليون إنسان يعاني من الاضطرابات النفسية والسلوكية على امتداد العالم .وسيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات في فترة ما من حياتهم .ويقدر بأن الاضطرابات النفسية العصبية تتسبب بفقد حوالي 13 ٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز الذي ينجم عن جميع الأمراض والحوادث في مختلف أرجاء العالم، وتقدر زيادتها بحوالي 15 ٪ سنوياً بحلول العام 2020 وتنجم نصف الأسباب المؤدية إلى العجز والوفاة المبكرة عن الحالات النفسية . ولا تمثل الاضطرابات النفسية عبئاً سيكولوجياً واجتماعياً واقتصادياً فحسب، بل تزيد من مخاطر الأمراض الجسدية . وبالنظر إلى المحدودية الشائعة لفعالية الوسائل العلاجية في إنقاص العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، فإن الطريقة الملائمة لإنقاص العبء الناجم عن هذه الاضطرابات هو الوقاية. لذا يمثل هذا الكتاب أحد سبل الوقاية من الاضطرابات النفسية، فنشر الثقافة النفسية بين أوساط الناس والمثقفين، ونشر المعلومات الأكاديمية والعلمية الى الطلبة والمختصين ما هو إلا أحد الطرائق العلمية الرصينة في الحد من انتشار الاضطرابات النفسية من خلال التعرف عليها، ومعالجتها بأسلوب نفسي وعلمي أصيل بعيدا عن الدجل والشعوذة وخرافات الطب الشعبي كما هو شائع الآن.

ويحاول المؤلف في هذا الكتاب تعريف القارئ بماهية السلوك الشاذ، وخصائصه، وكيفية تشخيصه، وعلاجه. ويتألف الكتاب من **سبعة عشر** فصلا يتضمن الكثير من المواضيع النفسية في المجال النفسي المرضي. ويتناول **الفصل الاول** تعريف السلوك الشاذ، وتعريف علم نفس الشواذ، ومن هم المختصين النفسيين الذي يعملون في هذا المجال، فضلا عن ذلك يتضمن الفصل سمات المختص في علم نفس الشواذ، ومتطلبات عمله، والشهادة التي تؤهله الى العمل ضمن مجاله وغيرها من المواضيع. ويشمل **الفصل الثاني** تعريف الاضطراب

النفسي، ومعايير التعرف عليه، فضلا عن أعراض الاضطراب النفسي في شتى المجالات الحياتية (المعرفية، والانفعالية، والحركية، واللغوية..الخ). وقد تناول المؤلف في **الفصل الثالث** تعرف الاسباب المؤدية الى الاضطراب النفسي والتي تشمل الاسباب الوراثية والعصبية والبيئية، فضلا عن ذلك شمل هذا الفصل المنظورات النفسية القديمة والحديثة في علم النفس بشأن تفسير الاضطرابات النفسية، ومن هذه المنظورات هي التحليل النفسي، والمنظور السلوكي، والمعرفي، والإنساني، والوجودي..الخ. أما **الفصل الرابع** فقد تضمن موضوع مهم، وهو تصنيف الاضطرابات النفسية، وقد حاول المؤلف في هذا الفصل تعريف التصنيف، وتناول أنواعه، والوقوف على نوعين مهمين من الاضطرابات لا يزالان شائعان حتى الآن، وهما الاضطرابات العصابية والاضطرابات الذهانية، وقد تم شرح هذان المفهومان من حيث تعريفهما، وخصائصهما، واعراضهما، وكيفية علاجهما، فضلا عن تناول الفروق فيما بينهما، وكذلك تناول الكتاب تصنيفان مهمان للاضطرابات النفسية، وهما دليل منظمة الصحة العالمية، والتشخيص الإحصائي للجمعية الأمريكية النفسية.

بعد عملية التصنيف السابقة تناول المؤلف في **الفصل الخامس** كيفية تشخيص الاضطرابات النفسية. وتناول في هذا الفصل معنى التشخيص، وأهميته، وكيفية اجراء عملية التشخيص، فضلا عن اخلاقيات التشخيص وأدواته (المقابلة، والملاحظة، والاختبارات النفسية)، ولم ينسى المؤلف أن يضيف في كتابه استمارة الفحص النفسي للحالات النفسية المرضية كي يستفيد منها الطلبة والمختصين في المجال النفسي.

وبعد هذا الشرح المطول لمعنى الاضطراب النفسي ومعرفة أسبابه وكيفية تصنيفه وتشخيصه، تطرق الكتاب إلى الاضطرابات النفسية، وعلى وفق الآتي:

الفصل السادس: ويتضمن الاضطرابات الانفعالية التي يغلب عليها الطابع الانفعالي مثل القلق والخوف، وهذه الاضطرابات مثل اضطراب القلق المعمم،

والرهاب، ونوبات الهلع واضطرابه، والاكتئاب، والوسواس القهري، واختلال الآنية، واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية.

الفصل السابع: ويتضمن الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي وهي اضطرابات تنشأ عن الضغوط النفسية الشديدة وتظهر اعراضها على شكل مظاهر جسمية، وهذه الاضطرابات مثل السيكوسوماتية (النفسجسمية)، والاضطراب التحولي (الهستيريا)، وتوهم المرض، والوهن العصبي، واضطراب تشوه الجسد المرضي، واضطراب الألم جسدي الشكل.

الفصل الثامن: ويتضمن اضطرابات الأكل، والتي هي اضطرابات تظهر بصيغة عادات وسلوكيات شاذة في طريقة تناولنا للطعام، وتتضمن كل من فقدان الشهية العصبي، والشره العصبي..الخ.

الفصل التاسع: الاضطرابات الذهانية الوظيفية، وهي اضطرابات تنجم عن الخلل في الاداء الوظيفي للدماغ مما يسبب تشويها معرفيا وانفعاليا وحركيا ولغويا لدى المريض، ومن أهم أنواع هذه الاضطرابات الفصام، والذهان ثنائي القطب.

الفصل العاشر: الاضطرابات الذهانية العضوية، وهي اضطرابات تنشأ عن الخلل العضوي في الدماغ مما تسبب خللا في الشخصية وخروجها عما هو مألوف في المجتمع، وأهم هذه الاضطرابات الصرع، والسكتة الدماغية، وزهري الدماغ، واضطراب الذهان الكحولي، وذهان النفاس، ومرض الزهايمر، ومتلازمة النساوة العصبية.

الفصل الحادي عشر: ويتضمن اضطرابات الشخصية، والتي هي اضطرابات سلوكية اساسية في شخصية الفرد، وتتضمن أنواع مختلفة مثل الشخصية الزورية، والنرجسية، والهستيرية، والتجنبية، والمضادة للمجتمع..الخ.

الفصل الثاني عشر: ويتضمن الادمان على تعاطي المواد المؤثرة نفسيا ، وفيه تطرق المؤلف الى تعريف الإدمان والمواد المؤثرة نفسيا وأنواعها ، وأسباب التعاطي، وكيفية علاجه..الخ.

الفصل الثالث عشر: ويتضمن الانحرافات الجنسية التي عبارة عن سلوكيات منحرفة في طريقة اشباع رغباتنا الجنسية. وتضمن هذا الفصل تعريف الانحرافات الجنسية، وانواعها ، والاسباب المؤدية الى الانحراف، فضلا عن كيفية علاجها.

الفصل الرابع عشر: ويتضمن سيكولوجية النوم وتعريف اضطرابه، فضلا عن أنواع هذا الاضطراب، والأسباب المؤدية إليه، وكيفية التخلص منه.

الفصل الخامس عشر: ويتضمن التخلف العقلي (الاعاقة العقلية) والذي هو تدني ملحوظ في مستوى الأداء العقلي للفرد ، وتناول المؤلف في هذا الفصل تعريف التخلف العقلي، وأسبابه، وأنواعه، والوقاية منه.

الفصل السادس عشر: ويتضمن اضطرابات النمو الشاملة وهي عبارة عن اضطرابات نفسية عصبية تندرج ضمن فئة التوحد ، وتناول المؤلف تعريف هذه الاضطرابات، واسبابها ، وانواعها مثل الاضطراب التوحدي، ومتلازمة اسبيرجر، ومتلازمة ريت..الخ.

الفصل السابع عشر: ويتضمن بحث خاص حول المعتقدات الخاطئة عن الطب والعلاج النفسي، وفيه يستعرض المؤلف أهم المعتقدات الخاطئة التي تعوق المصاب وأهله عن جلب المريض إلى الطبيب النفسي، وينتهي الكتاب ببعض التوصيات التي يمكن التقليل بواسطتها من هذه المعتقدات.

الفصل الأول
التعريف
بعلم نفس الشواذ

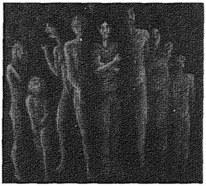


1

الفصل الأول

التعريف بعلم نفس الشواذ

ماذا نعني بالشواذ؟



يعني مصطلح الشذوذ أو اللاسوية الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي. والشذوذ حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحمايته وحماية المجتمع منه (زهران، 1988) رغم ذلك من الصعب تعريف مصطلح الشذوذ ABNORMAL، فعندما نريد وصف السلوك الشاذ ,abnormal behaviour، فأن الناس يصفونه بأنه حالة تحدث بشكل نادر، وشاذ أو غريب، ويصفونه بالمعاناة أو الخطر. هذه جميعا اجابات معقولة reasonable بالنسبة الى بعض انماط السلوك الشاذ. ولكن لا أحد من هذه الإجابات كافية لتعريف الشذوذ في حد ذاته، وأن جميعها نتائج ضرورية للوصول الى تعريف دقيق للغاية. أحد الطرق المختصرة والعملية لتعريف السلوك الشاذ، هو أن هذا السلوك:

- يسبب ضررا أو اعاقةٍ impairment في حياة الفرد.
- يقف كثيرا في طريق عمل الفرد الناجح وفي الابعاد المهمة من الحياة التي تتضمن الابعاد النفسية، والشخصية، والانجاز achievement).
- يحدث بصورة متكررة، والذي يشكل اضطرابا نفسيا (Hewstone et.al ,2005)

لذا يمكن أن نعرف الشذوذ بأنه سلوك غير تكيفي، ويمكن ان يعبر عنه الفرد من خلال ضعف القدرة على التعايش ومواجهة الضغوط البيئية، والى حدوث

مشكلات ينشغل بها في اساسيات حياته اليومية (Sarason& Sarason ,2004). في حين يعرف الشخص الشاذ أو اللاسوي بأنه الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا (زهران، 1988). كما ويعرفه عالم النفس White بأ نهالشخص الذي تضطرب حياته بحيث يجد نفسه قلق، ومرتبك، وغير سعيد، ومعطل في مجتمعه بحيث يصبح غير قادر على الايفاء بمتطلبات الحياة وظروفها(الرفاعي، 1987).

ومن علامات السلوك الشاذ كما حددها الباحثين هي كالآتي :

- **Lambros & Ward, 1998 وحدداها في خمسة خصائص، هي:**

1. عدم القدرة على التعلم الذي لا يمكن تفسيره بأسباب عقلية أو صحية.
2. عدم القدرة على أقامة علاقات أو دعم العلاقات الاجتماعية الهامة مع الأقران والمعلمين.



3. أنواع غير ملائمة من السلوك في المواقف الطبيعية.
4. مزاج واسع وعام من الأكتئاب والحزن.
5. الميل الى تطوير أعراض جسدية أو أعراض مرتبطة بالخوف مع المشكلات الشخصية والاجتماعية.

- **في حين حدد القمش والمعايطه، 2009 هذا السلوك بـ :**

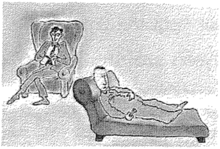
1. تكرار السلوك Frequency : ويقصد بذلك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة.
2. مدة حدوث السلوك Duration : ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.

3.شدة السلوك Magnitude : ويقصد به التطرف في شدة السلوك غير مرغوب فيه (القمش والمعايطة، 2009، ص14).

كما حدده باتل، 2008 اعتمادا على دراساته وملاحظاته السريرية التي اجراها على المضطربين سلوكيا وانفعالية، وصنف السلوك الشاذ إلى :

1. اضطرابات تعليمية، مثل عسر القراءة الذي يظهر في عدم قدرة المتعلم على القراءة .
2. فرط النشاط الذي يظهر في الحركة الزائدة.
3. اضطرابات سلوكية، وتظهر في اساءة التصرف في المواقف الاجتماعية.
4. اضطرابات انفعالية، وتظهر في الخوف الحاد او مشاعر الاكتئاب.
5. اضطرابات اجتماعية، وتظهر في عدم رغبة الفرد في التفاعل مع الاقران والانسحاب الاجتماعي.
6. اضطربات جسمية، مثل التبول اللاإرادي أو الشلل أو العمى..وغيرها.
7. اضطرابات معرفية، وتظهر في ضعف القدرة على التركيز وتشوه التفكير وادراك الواقع(باتل، 2008، ص 43)

تعريف علم نفس الشواذ



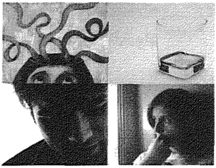
يعرف علم نفس الشواذ بأنه دراسة الاضطرابات العقلية التي تدعى ايضا بـ المرض العقلي mental illness، والاضطرابات النفسية psychological disorders أو الباثولوجيا النفسية psychopathology (1). فهذا العلم يهتم بدراسة

(1) الباثولوجيا النفسية Psychopathology يهتم هذا العلم بأعراض الاضطرابات النفسية، والخلل الذي يصيب الوظائف النفسية من حيث أسبابه ومظاهره.

ما الذي يظهر (الاعراض) وما الذي يحدثها (الاسباب)، وكيف يتم تحصينها (العلاج)، وما تأثيرها على حياة الناس (Hewstone et.al ,2005). كما يعرف بأنه أحد مجالات علم النفس الذي يهتم بدراسة انماط السلوك والانفعالات والافكار غير العادية او الطبيعية، والتي قد تكون مفهمومة او غير مفهومة بوصفها احداث ودلائل على الاضطراب النفسي. (Sarason& Sarason ,2004) في حين عرفه (سعد، 1994) بأنه ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يهتم بدراسة كل اشكال الاضطرابات النفسية والعقلية، ويهدف الى التعرف على اسباب اضطرابات سلوك الشخصية وتصنيفها، مع محاولة وضع أسس لعلاجها كي يكون الفرد قادرا على حل المشكلات الاجتماعية والشخصية. ويدرس هذا العلم كافة الظواهر الشاذة من السلوك، أي تلك التي تنحرف عن المعايير الموضوعة اجتماعيا لسلوك معين. مثل التخلف العقلي والاجرام والفصام والاكتئاب..الخ

أهداف علم نفس الشواذ

نستنتج مما سبق أن علم نفس الشواذ يهدف الى :

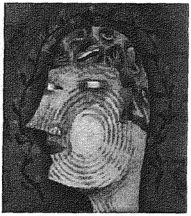


- تعرف انواع السلوك الشاذ وتحديده لدى الفرد.
- تعرف الاسباب التي تكمن وراء السلوك الشاذ ومحاولة التخفيف منها.
- تصنيف السلوكات الشاذ من أجل سهولة التعرف عليها، وعلى الاعراض المسببة لها.
- محاولة معرفة كيفية تطور هذا السلوك، وما هي العوامل ذات الصلة به مثل شخصية الفرد وطبيعة مزاجه..الخ.
- محاولة أيجاد الوسائل العلاجية النفسية التي يمكن من خلالها التخلص أو التخفيف من حدة هذه الاضطرابات.

تاريخ تطور دراسة السلوك الشاذ في علم النفس

حاول الناس منذ الآف السنين تفسير الاضطرابات النفسية والتحكم بها. وتظهر هذه التفسيرات عبر ثلاثة نماذج رئيسة حاولت فهم السلوك الشاذ، والتي هي :

1. مرحلة التفسيرات الخارقة :



تعزو التفسيرات الخارقة الاضطراب النفسي الى قوى خارج جسد الإنسان. وطبقا لهذا النموذج فأن سبب السلوك الشاذ هو تأثير تلبس الشياطين، والأرواح الميتة، والقمر، والكواكب، والنجوم. وتشير الدراسات الأثرية في العصر القديم (الحجري) إن الانسان القديم كان يستعمل عمليات trephining وهي عمليات تستعمل منشار لفتح الجمجمة أو ثقبها لدى الافراد الذين يعانون من الاضطرابات العقلية من اجل التخلص من الارواح الشريرة التي تسكن عقل الضحية وبالمقابل نجد الصينيون والمصريون القدماء والعبريون Hebrews اعتقدوا بأن هناك شياطين وارواح شريرة، وأن هناك أدعية خاصة لطرد هذه الأرواح. في حين كانوا اليونانيين في الوقت نفسه يعتقدون أن الاضطرابات النفسية تحدث بسبب اضطراب الامزجة الاربعة، والتي تؤدي الى جفاف او تصريف السوائل من الدماغ. وقد استمرت هذه المعتقدات مع الإنسان وخاصة في العصور المظلمة، إذ أعتقد الكثير من الاوربيون أن سبب المرض النفسي هو قوة السحر، والشياطين والارواح. وكانوا يحاولن التخلص من قوة هذه الارواح الشريرة من خلال تطهير exorcised جسد المريض بالطقوس الدينية، وإذا فشلوا في طرد هذه الارواح من خلال هذه الطقوس كانوا يستعملون الضرب والحجز confinement وأنواع أخرى من التعذيب التي تجعل الجسد غير صالح لسكن الشياطين والعفاريت أو الساحرات. وقد أستمرت هذه الاعتقادات لغاية القرن الخامس عشر بعد الميلاد. رغم ذلك مازلت هذه المعتقدات

مستمرة وبقوة الى حد الآن من قبل العديد من الثقافات والطوائف الدينية. والتي تعد الشياطين والجن والسحر أحد المسببات الرئيسة لحدوث الاضطراب النفسي (Barlow ,2004).

بعض الاراء الفلسفية اليونان عن المرض

بفضل **أبو قراط** (460 – 357 ق.م تقريباً) حدث تغير ملحوظ في التفكير الطبي. كان رجلاً يؤمن بقيمة الملاحظة الحادة المنهجية، ولذلك فلا عجب أن قام بتسجيل الوصف الانطباعي الأول **للمالنخوليا (باللاتينية: melancholia)**. أضف إلى ذلك أنه زودنا بأوصاف مكتوبة للجنون الذي يطرأ بعد الوضع، وللمخاوف المرضية أو الغريبة، ولحالات الهذيان المرتبطة ببعض أنوع السموم أو التلوث، ولبعض الحالات النفسية المرتبطة بأصل عضوي. وقد تمكن خلال عمله الإكلينيكي من التعرف عل الهستيريا والهوس والصرع والتدهور العقلي. بل إن أبوقراط نفسه آمن بأن الإنسان يعكس العناصر الأربعة الأساسية في الكون (التراب والماء والنار والهواء). كان يقال إن السوائل في جسم الإنسان كمثل هذه العناصر: فالمرارة الصفراء مشتقة من التراب، والمرارة السوداء من الماء، والدم من النار، والبلغم من الهواء. ويحدث المرض العقلي نتيجة لاختلال التوازن بين سوائل الجسم. أما علم النفس عند أفلاطون فقد عاد إلى أهمية القدسية، فالنفس العاقلة قدسية والنفس غير العاقلة حيوانية فانية وهي مصدر كل النزاعات والمشاعر وسبب الجنون أو عدم المعقولية في حين يرى أرسطو في سلوك الإنسان وتصرفاته مرتبة محددة في سلم يربط بينه وبين غيره من الكائنات الحية (عكاشة، 2003)

2. مرحلة التفسير الحيوي (البيولوجي) :



يعتقد العلماء والناس في هذه المرحلة أن سبب السلوك الشاذ هو العوامل البثولوجية المرضية في جسم الإنسان فقط من دون الاسباب النفسية. وترجع جذور هذه المرحلة الى الطبيب اليوناني ابوقراط Hippocrates الذي يعد أب الطب الغربي، وكان يعتقد ابوقراط وزملاءه بين 450 - 350 قبل الميلاد أن الاضطراب النفسي يمكن أن يعالج مثل أي مرض أخر. وكان يعتقد أن الدماغ يتضمن مجموعة من الوظائف المعقدة مثل الوعي والانفعالات والذكاء والحكمة. وان الاضطرابات التي تتضمن هذه الوظائف تكون واقعه في الدماغ.وقد تبنت افكار ابوقراط وزملاءه لاحقا من قبل الطبيب اليوناني جالينوس، ويعد جالينوس (130 – 200 قبل الميلاد) ذروة العلم الروماني، وقد وسع جالينوس هذه الافكار، وطور مدرسة قوية ومؤثرة تنطلق من الافكار البيولوجية في تفسير الاضطراب النفسي، وكان جالينوس توفيقياً أي شخصاً لا يدعو إلى نظرية واحدة ولا يرفض نظرية مفردة، وإنما يتخير ويجمع وينسق بين أحسن ما تراكم من المعرفة. كما ينقل عن جالينوس انه رأى أن العضو أو الجزء المتأثر بالمرض قد لا يكون بالضرورة ذلك الجزء الذي يستقر فيه المرض.واستمرت هذه المدرسة لغاية القرن الثامن عشر (Hansell& Damour,2004)

3. مرحلة التفسير النفسي (عصر التنوير) :

بحلول نهاية القرن السابع عشر ودخول عصر التنوير، تغيرت نظرة المجتمع إلى الجنون وأصبح يُنظر إليه على أنه ظاهرة نفسية عضوية ليس لها علاقة بالروح أو المسؤولية الأخلاقية. فبعد ما اتسم أسلوب رعاية المرضى في مصحات الأمراض العقلية بالقسوة وكان يتم معاملة المرضى على أنهم حيوانات وحشية، اصبحت هذه المعاملة مع اقتراب نهاية القرن الثامن عشر إنسانية، وظهرت تدريجيًا حركة العلاج الأخلاقي.

بعض المدارس العلاجية التي ظهرت في عصر التنوير

- مدرسة نانسي : أحد الأطباء الفرنسيين اسمه ليبو، الذي يرجع له الفضل مع زميله بريد في إنشاء العلاج النفسي وقد ساعدا في الكشف عن معظم اسرار الهستيريا.
- مدرسة سالبترير : كان شاركوت (1825 – 1893) مديرا لمدرسة سالبترير التي عرف عنها تأكيدها للتفسيرات العضوية للهستيريا والتنويم المغناطيسي. وتعد هذه المدرسة أول مركز للدراسات الجامعية العليا في مجال تعليم الطب العقلي بصفة رسمية، وكذلك تمكن شاركوت من طرد التفكير الخرافي القائم على التطير الذي تميز به الاتجاه الشيطاني وذلك حين قدم تفسيرا سيكولوجيا لظاهرة المس، وذهب شاركوت إلى أن العلامات التي تفسر خطأ على أنها دليل على الإصابة بالمس من الجن هي في حقيقتها أعراض للهستيريا. كما أكد من ناحية أخرى إيمانه بأن الهستريا تعود إلى اضطرابات عضوية، وأن ظواهر التنويم المغناطيسي هي نفسها أعراض لإختلالات عضوية (سوين)

ونتيجة ازدهار حركة التصنيع وزيادة النمو السكاني إلى زيادة هائلة في أعداد وأحجام مصحات الأمراض العقلية في كل الدول الغربية في القرن التاسع عشر، تم وضع العديد من نظم التصنيف المختلفة والمصطلحات التشخيصية من قبل جهات مختلفة، كما تم ابتكار مصطلح الطب النفسي، ومع ذلك فإن كبار الأطباء كانوا ما زالوا يعرفون باسم أطباء علاج المجانين.

إلا أن القرن العشرين هو أفضل الفترات التي شهدتها حركة العلاج النفسي، حيث شهد مطلع القرن العشرين قدوم التحليل النفسي، الذي أحتل

مكانة كبيرة في علم نفس الشواذ، إلى جانب نظام تصنيف "كريبلين". واصبح يشار إلى "نزلاء" مصحات الأمراض العقلية بكثرة باسم "المرضى"، كما أصبح يطلق على المصحات العقلية اسم مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية. فضلا عن ذلك ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية حركة الصحة النفسية وكان هدفها الوقاية من الاضطرابات النفسية. وأصبح علم نفس الشواذ والخدمة الاجتماعية مجالات يتخصص فيها أشخاص ويعملون بها.

بعض التوجهات التاريخية اللامعة في علم نفس الشواذ

- «النظريات السيكودينامية» عند سيجموند فرويد. فقد قدم سيغموند فرويد نظريته عن التحليل النفسي (الهو والانا والأنا الأعلى).
- نظرية **إيفان بافلوف** العالم الروسي في **الاستجابة الشرطية**.
- التسليم بتعدد العوامل المحددة للمرض (البيولوجية والاجتماعية) التي دعا إليها ماير (Meyer)
- التحليل للعلاقات بين الأشخاص الذي تقدم به سوليفان (Sullivan) والذي يناقض به مفهوم «وحدة كيان المرض» (disease entity concept)
- الأدلة الطبية التي تؤيد وجهة النظر التي تقول بأن العوامل العضوية هي التي تسبب المرض العقلي من قبيل الكشف عن بكتيريا حلزونية تسبب الزهري وجنون الشلل العام.
- تواتر الأدلة على احتمال وجود عوامل وراثية تسبب الاضطراب النفسي عن طريق دراسات التوائم التي قام بها كالمان (Kallman)
- اكتشاف اختلالات في الصبغيات في حالات التأخر العقلي، والذي دفع العلماء الى البحث في الانحرافات الكروموسومية (عكاشة، 2001).

وكذلك شهدت الحرب العالمية الأولى زيادة هائلة في أعداد الحالات التي أصبحت تعرف باسم "صدمة القنابل" واصبحت حينها الحاجة شديدة الى هذا الفرع من علم النفس. في حين شهدت الحرب العالمية الثانية وضع دليل نفسي من أجل تصنيف الاضطرابات النفسية والذي أدى إلى وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية إلى جانب النظم القائمة لجمع الإحصاءات وبيانات المستشفى. وقد حذا التصنيف الدولي للأمراض التابع لمنظمة الصحة العالمية حذو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (Heinimaa ,2002,p.291)

المؤسسات الأولى المتخصصة في علم نفس الشواذ



بدأ تنظيم هذا المجال تحت اسم "علم النفس الإكلينيكي" في عام 1917 مع تأسيس جمعية علم النفس الإكلينيكي الأمريكية. واستمر ذلك حتى عام 1919 وهو العام الذي عقبه تأسيس جمعية علم النفس الأمريكية (التي أنشأها جرانفيل ستانلي هول في عام 1892) وبقت هذه الجميعة تمنح شهادات متخصصة في هذا الفرع من علم النفس حتى عام 1927. وتطور هذا المجال بصورة تدريجية فيما بعد على مدار السنوات القليلة التالية وذلك عندما اتحدت مؤسسات علم النفس المختلفة معا لتشكل الجمعية الأمريكية لعلم النفس التطبيقي في عام 1930، والتي كانت تعد بمثابة المنتدى الرئيسي لعلماء النفس حتى بعد الحرب العالمية الثانية عندما تمت إعادة تنظيم جمعية علم النفس الأمريكية. وفي عام 1945، أسست جمعية علم النفس الأمريكية القسم الثاني عشر لها، والذي يهتم بدراسة الاضطرابات النفسية والعقلية، واصبح هذا القسم في جمعية علم النفس الأمريكية المؤسسة الرائدة في هذا المجال. فضلا عن ذلك، قامت رابطات وجمعيات علم النفس في

الدول الناطقة بالإنجليزية بتأسيس أقسام خاصة بعلم النفس الشواذ والاكلينيكي وذلك على غرار ما قامت به جمعية علم النفس الأمريكية، ومن بين تلك الدول بريطانيا وكندا وأستراليا ونيوزيلندا (APA,1999).

العلوم المتصلة بعلم نفس الشواذ

يتصل علم نفس الشواذ بكثير من العلوم، ويشكل معها تراكما معرفيا تستخدمه الإنسانية في تفسير متطلبات الإنسان وتحليلها ومواجهتها، ومن بعض هذه العلوم هي :

- علم النفس الاكلينيكي Clinical Psychology : يمكن القول إن علم نفس الشواذ يشكل الخلفية النظرية لعمل علم النفس السريري الذي هو احد المجالات التطبيقية لعلم النفس الذي يسعى الى تقييم، وفهم، ومعالجة الحالات النفسية في الممارسة والتطبيقات الاكلينيكية . وعلى الرغم من ذلك فأن علماء النفس السريري لا يفضلون استعمال مصطلح شاذ Abnormal في ممارساتهم السريرية.
- علم النفس المرضي البثولوجي وهو المجال الأخر المشابه لعلم نفس الشواذ، وهو العلم الذي يهتم بدراسة العمليات المرضية النفسية، وبتعبير أخر يطلق عليه احيانا بالطب النفسي psychiatry (Barlow ,2004).
- علم الاعصاب Neurology : وهو العلم الذي يهتم بدراسة الجهاز العصبي وعملياته يخص والامراض التي تصيبه فتسبب الاضطراب النفسي وما يخص جراحته.
- علم النفس الارشادي Counseling Psychology : وتتركز اهتماماته على تقديم المساعدة في مسائل التوافق والتربية، وحل الخلافات الزوجية والمهنية، في أطار تدعيم نمو سليم، وتقديم وقاية وخدمات نفسية مناسبة.

- العلاج النفسي Psycho Therapy : ويعنى بشكل اساس بمعالجة الاضطرابات النفسية مستعملا تقنيات نظرية متعددة هدفها التخفيف من اعراض الاضطرابات النفسية ومحاولة تجنبها(سعد ، 1994).
- علم نفس الشخصية Personality Psychology : ويهدف الى البحث في دور الخصائص الشخصية المستقرة والثابتة في نفسيتنا ، إذ يهتم هذا العلم في العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية ، والبحث عن السمات والانماط النفسية ، والتفكير، والدافعية والانفعالات في الافراد (Santrok ,2005).
- علم النفس الفسيولوجي Physiological psychology: وهو العلم الذي يبحث في وظيفة الجهاز العصبي للإنسان، وكيف تؤثر الغدد الصماء على الجوانب المتنوعة لسلوكنا ، والتأثيرات الخاصة المباشرة وغير المباشرة للهرمونات في السلوك. لذا يبحث هذا العلم في العلاقة بين السلوك والعمليات الفسيولوجية والبيولوجية للجسم (Bustos et. Al , 1999).
- علم الصحة النفسية Mental Hygiene : وهو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي والمشكلات والاضطرابات النفسية ، والوقاية منها ، وعلاجها (سرى، 2000).

شهادة التخصص في علم نفس الشواذ



بحلول فترة الستينيات من القرن العشرين، أصبح العلاج النفسي جزءا لا يتجزأ من علم نفس الشواذ والاكلينيكي، ولكن بالنسبة للكثيرين فإن النموذج التعليمي الخاص بالحصول على درجة

دكتوراه الفلسفة لم يقدم التدريب اللازم لهؤلاء الأفراد المهتمين بالممارسة العملية بدلاً من البحث العلمي. فاصبح هناك جدل دائر ومستمر حول كون تطور مجال علم النفس في الولايات المتحدة الأمريكية تضمن التدريب الواضح في الممارسة العملية الإكلينيكية. وقد نوقش مفهوم منح درجة الممارسة العملية في عام 1965 وتمت الموافقة بصعوبة على برنامج رائد في هذا الصدد في جامعة إلينوي وذلك ابتداءً من عام 1968. وسرعان ما وُضِعَت عدة برامج أخرى مماثلة بعد مضي فترة زمنية وجيزة، وتحديدًا في عام 1973 عندما تم عقد مؤتمر فيل للتدريب المهني في علم النفس فقد نتج عنه وضع نموذج الباحث الممارس في علم النفس المرضي - أو ما يُعرف باسم نموذج فيل – الذي يوافق على منح درجة الدكتوراه في علم نفس الشواذ والأكلينيكي. وعلى الرغم من أن التدريب قد استمر ليشمل مهارات البحث والإدراك العلمي لعلم النفس، فإن الهدف من ذلك كان يتمثل في تقديم إختصاصيين نفسيين على درجة عالية من التدريب، وذلك على غرار البرامج المنتهجة في الطب البشري وطب الأسنان.وغيرها. وتجدر الإشارة إلى أن أول برنامج اعتمد بصورة واضحة على نموذج الدكتوراه في علم النفس قد تم وضعه في جامعة روتجرز. وفي الوقت الحالي، فإن ما يقرب من نصف جميع طلاب الدراسات العليا الأميركيين المتخصصين في علم النفس الذي يهتم بدراسة الاضطرابات النفسية قاموا بتسجيل أنفسهم في برامج الدكتوراه في علم النفس عبر هذا البرنامج (Norcross& Castle,2002) (Murray ,2000)

التدريب والتصريح بممارسة علم نفس الشواذ

يقوم الإخصائيون النفسيون الراغبين في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية بدراسة أحد البرامج العامة في علم النفس، فضلا عن تدريب طلاب الدراسات العليا على الممارسة العملية الإكلينيكية والإشراف. وقد تتفاوت مدة فترة التدريب العملي في جميع أنحاء العالم، إذ تتراوح من أربعة إلى خمسة سنوات بالإضافة إلى الممارسة العملية التي يتم من خلالها الإشراف على الحاصلين على شهادة البكالوريوس، إلى أن يتم الحصول على شهادة الدكتوراه التي تستغرق من ثلاث إلى ست سنوات وتتضمن الممارسة العملية الإكلينيكية. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، يتم تدريب ما يقرب من نصف جميع طلاب الدراسات العليا الدارسين لعلم النفس الإكلينيكي من خلال برنامج دكتوراه فلسفة في البحث العلمي، بينما يتم تدريب النصف الآخر منهم من خلال برنامج دكتوراه علم النفس الذي يركز بدرجة كبيرة على الممارسة العملية (وذلك على غرار الدرجات المتخصصة والممنوحة في الطب). وقد تم اعتماد هذين النموذجين لإقرار العمل بهما من قِبَل جمعية علم النفس الأمريكية. وغيرها من جمعيات علم النفس في الدول الناطقة بالإنجليزية. وهناك عدد قليل من الكليات التى تقدم برامج معتمدة في علم النفس الإكلينيكي، ونتيجةً لذلك يتم منح درجة الماجستير والتي عادة ما تستغرق مدة تتراوح من سنتين إلى 3 سنوات بالنسبة للطلاب الحاصلين على شهادة البكالوريوس. وجدير بالذكر أن الممارسة العملية في علم النفس الإكلينيكي تتطلب إصدار تصريح بذلك في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا والمملكة المتحدة والعديد من الدول الأخرى. وعلى الرغم من أن كل ولاية من الولايات الأمريكية تختلف إلى حد ما عن غيرها من حيث شروط الممارسة العملية وبنود التصريح بها، فهناك ثلاثة عناصر مشتركة نوردها فيما يلي:

❖ التخرج من كلية معتمدة بتقدير مناسب.
❖ إتمام فترة الخبرة الإكلينيكية أو التدريب الميداني الإكلينيكي اللذان تم الاشراف عليهما.
❖ اجتياز امتحان تحريري، وفي بعض الولايات هناك أيضا امتحان شفوي (APA, 2005).

ما الذي يفعله المختص في علم نفس الشواذ؟

بعد أن يحصل عالم النفس على شهادة الدكتوراه في مجال الاضطرابات النفسية، ويحصل على التدريب اللازم في الممارسات المهنية الاكلينيكية تصبح لديه الامكانية نحو أداء الخدمات المتخصصة في مجال علم نفس الشواذ، والتي تتمثل بالاتي :

- إدارة التقييم والاختبارات النفسية وتفسيرها.



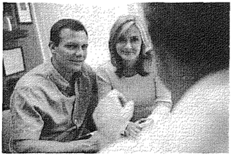
- إجراء الأبحاث النفسية.
- تقديم الاستشارات النفسية (خاصةً في المدارس والجامعات والمؤسسات).
- وضع برامج الوقاية والعلاج النفسي.
- إدارة برامج جلسات العلاج النفسي.
- الإدلاء بشهادة الخبير في القضايا (علم النفس الشرعي).
- تقديم أساليب العلاج النفسي (العلاج النفسي، وحديثا تقديم العلاج الدوائي).
- العمل في مجال التدريس بالجامعات (Compas& Gotlib,2002).

وقد واصل علماء نفس الشواذ منذ فترة السبعينيات من القرن العشرين مسيرة تقدمهم وتطورهم إلى أن كونوا مهنة قوية ومجالاً للدراسة الأكاديمية.

وعلى الرغم من أن العدد الفعلي للمختصين النفسيين في مجال الاضطرابات النفسية الممارسين لا يزال غير معروف بالضبط، إلا أن التقديرات تشير أن عددهم في الولايات المتحدة الأمريكية ارتفع من 20,000 إلى 63,000 مختصا نفسيا وذلك في الفترة ما بين 1974 و1990. كما استمر المختصون النفسيون في هذا المجال باعتبارهم خبراء في مجال التقييم والعلاج النفسي وذلك على الرغم من توسيع دائرة اهتمامهم لتشمل معالجة قضايا الشيخوخة والرياضة ونظام العدالة الجنائية، وهذا على سبيل المثال لا الحصر. ويعد علم نفس الصحة أحد المجالات المهمة، إذ أصبح المجال الأسرع تقدما وتطورا، ويحظى باهتمام المختصين النفسيين في العقد الماضي. وهناك تغييرات رئيسة أخرى في مجال علم نفس الشواذ تشمل تأثير الرعاية الموجهة على رعاية الصحة النفسية وزيادة إدراك الفرد لأهمية المعرفة المرتبطة بتنوع السكان وتعدد الثقافات وظهور الامتيازات الخاصة بالنسبة لوصف الأدوية النفسية(Menninger&Nemiah ,2000).

الممارسة المهنية

يعمل المختصون النفسيون في دراسة الاضطرابات النفسية على مساعدة الأفراد والأزواج والأسر والمجموعات في العديد من الأوساط، ومن بينها العيادات الخاصة والمستشفيات ومؤسسات الصحة النفسية والعقلية والمدارس والمؤسسات والهيئات غير الربحية. كما يعمل معظمهم في



مجال البحث العلمي والتدريس في الكليات والجامعات. هذا وقد يختار المختصون النفسيون أيضا العمل في مجال معين - ونورد فيما يلي المجالات الشائعة في التخصص والتي يكتسب بعضها شهرة واسعة:

- دراسة مشكلات الأطفال والمراهقين.
- دراسة مشكلات الأسرة وتقديم استشارات العلاقات الأسرية.

- علم النفس الشرعي.
- الصحة.
- الاضطرابات النفسية العصبية.
- الشركات والمؤسسات.
- المدارس.
- معالجة اضطرابات معينة (مثل الصدمة النفسية أو الإدمان أو اضطرابات الطعام أو النوم أو الجنس أو الاكتئاب الإكلينيكي أو القلق أو الفوبيا).
- الرياضة (ABPP,2000)

التخصصات المهنية ذات العلاقة بعلم نفس الشواذ

على كل قارئ وطالب في علم النفس معرفة أن علماء نفس الشواذ ليسوا تماما مثل الأطباء النفسيين psychiatrists، فالأطباء النفسيين Psychiatrists (MDs) أكثر من علماء النفس السريريين درجة في الدكتوراه، فيمر الطبيب النفسي بالكلية الطبية ليصبح طبيب جسدي سواء في اختصاص القلب أو الطب الباطني ومن ثم يتخصص في طب الامراض النفسية في حين لا يمر علماء النفس بالكلية الطبية لأنهم يذهبون الى اقسام علم النفس الاكاديمية والتي لا تختص بطب الجسد. الفرق الأخر أن الاطباء النفسيين يمكنهم وصف الأدوية للمصابين بالاضطرابات النفسية في حين لا يستطيع عالم النفس عادة وصف ذلك لأنه ليس في مجال تخصصه إلا إذا اشترك في دورات عديدة ومختصة في مجال الأدوية النفسية، رغم ذلك يبقى الطبيب النفسي في المستشفيات الصحية إنسان مختص ومحترف في وصف الأدوية عند الضرورة للمصابين بالاضطرابات النفسية (Russell, ,p.23)

ولكن يمكن لعالم النفس – كما وضحنا مسبقا – أن يختص في مجال تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية من خلال حصر تخصصه في مجال الماجستير والدكتوراه في هذا المجال، فضلا عن تلقى تدريب سريري في مستشفيات ومؤسسات الصحة النفسية.

بعض أنواع التخصصات المهنية في مجالات الصحة النفسية على وفق الشهادة

نوع الخدمة المهنية	التعليم
عالم النفس السريرى Clinical Psychologist	دكتوراه في علم النفس مع تدريب سريري أو شهادة دكتوراه في علم النفس السريري فضلا عن الاقامة التدريبية في المصحات النفسية.
الطبيب النفسي Psychiatrist	شهادة دكتوراه في الطب النفسي فضلا عن التدريب في المصحات النفسية. مجموع سنوات الدراسة بعد الدرجة الجامعية 8 سنوات.
المحلل النفسي Psychoanalyst	شهادة في الطب النفسي او علم النفس السريري فضلا عن 6- 8 سنوات في مؤسسات او معاهد التحليل النفسي psychoanalytic institute. عديد من الباحثين او علماء النفس الذين يتبعون طريقة فرويد في التحليل النفسي يطلقون على أنفسهم محللين نفسيين.
ممرضة في الطب النفسى Psychiatric nurse	شهادة ماجستير لمدة سنتين زائدا تجربة اشراف في المصحات النفسية.
موظف الخدمة الاجتماعية السريرية Clinical social worker	شهادة الماجستير زائدا سنتين تجربة اشراف في المصحات النفسية. لذا يكون مجموع الدراسة والخبرة بعد الدرجة الجامعية اربع سنوات.
عالم النفس الاستشاري Counseling psychologist	شهادة دكتوراه في علم النفس او علم النفس السريري زائدا عن خبرة أشراف في مجال الارشاد والاسشارة النفسية.
عالم النفس العدلى Forensic psychologist	شهادة دكتوراه في علم النفس او علم النفس السريري او علم النفس الاستشاري زائدا عن تدريب أضافي في المسائل القانونية.

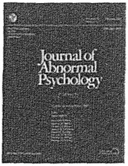
(Kalat ,2005,p.8)

بناء على ما سبق يمكن القول ان المختص في علم نفس الشواذ يمكنه العمل في المستشفيات النفسية، او مجال رعاية الاحداث، والمحاكم، ومؤسسات حل الخلافات الأسرية كالطلاق، وفي المدارس والجامعات من خلال معالجة انحرافات التلاميذ والطلبة كالسرقة والتدخين والعنف والخوف من المدرسة والجنوح..الخ (غانم، 2009).

أين ينشر علماء نفس الشواذ دراساتهم ؟

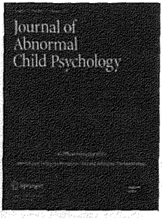
توجد مجموعة من المجلات العلمية المُحكّمة يقوم من خلالها الباحثين، والعلماء المختصين بعلم نفس الشواذ نشر دراساتهم، و من هذه المجلات هي :

مجلة علم نفس الشواذ Journal of Abnormal Psychology :



مجلة دورية تصدر عن الجمعة الأمريكية لعلم النفس، وهي تنشر المقالات البحثية والنظرية في الحقل الواسع في مجال الاضطرابات النفسية من خلال وصفها، وطرق تشخيصها، وعلاجها، كما تبحث في الطبيعة البيولوجية للاضطرابات النفسية، وتبحث ايضا في العوق الانفعالي والمعرفي للمصابين بهذه الاضطرابات.

مجلة علم نفس شواذ الطفل Journal of Abnormal Child Psychology



وهي مجلة دورية تصدر عن الجمعية الوطنية لعلم النفس المرضي للطفولة والمراهقة، وتؤكد على الدراسات الوصفية والتجريبية لإضطرابات الطفولة، وتطوير عمليات التقييم والمعالجة والتشخيص، والكشف عن السياقات التطورية للاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والاضطرابات السلوكية.

الفصل الثاني
الاضطراب النفسي
بوصفه سلوكا شاذا



2

الفصل الثاني

الاضطراب النفسي بوصفه سلوكا شاذا

مقدمة

كل فرد منا عرضة للكثير من الخبرات، فيمر الإنسان عبر رحلته التطورية بخبرات ومواقف تؤثر على شخصيته وطريقة توافقه وسماته المختلفة. وقد تكون هذه الخبرات سارة ومريحة ومرضية تتجه به نحو السواء والتوافق النفسي، أو تكون هذه الخبرات سيئة لها آثار نفسية مؤلمة تؤثر في نموه الجسمي أو المعرفي أو الاجتماعي تظهر أثارها على سلوكه وتصرفاته مباشرة او بصورة غير مباشرة وخاصة الخبرات المرتبطة بالجانب الانفعالي الوجداني التي قلّما تظهر آثارها بشكل مباشر ، فقد يستتر تأثيرها المباشر الى ان تستحوذ على سلوكه بأنماط وأشكال سلوكية مضطربة (الدوجان، 2007) والتي تظهر في صيغة من



المزاج المكتئب، والبكاء، ومشاعر اليأس، والعصبية، والقلق، واختلال في الأداء الاجتماعي والمهني والدراسي، مما تمنع الفرد من إشباع حاجاته، ومقابلة متطلباته النفسية والاجتماعية، وعقد علاقة منسجمة مع البيئة التي يعيش فيها، فضلا عن ذلك قد يهدد هذا تماسك شخصية الفرد، ووحدتها، وتقبل الفرد لذاته والآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعوره بعدم الراحة، واختلال في توازن القوى الداخلية والخارجية الموجهة لسلوكه في مجتمع (عبد الغفار، 2007) و(فهمي، 1998). لذا يواجه الافراد بغض النظر عن نوعهم ومستواهم الثقافي والعلمي والاجتماعي الاضطرابات السلوكية والنفسية المختلفة، إذا ما توافرت الاستعدادات الشخصية للاصابة والظروف البيئية المفجرة

لها مثل عدم الشعور بالأمن والخوف والقلق والخجل والاستحواذ ومشاكل السلوك غير الناضج (مثل الانانية والفوضوية والغيرة) ومشكلات العلاقة مع الزوج الاخوة والاقران..الخ. وبذلك يظهر الاضطراب النفسي على شل سلوكيات مضطربة لاتنسجم مع تصرفات الفرد ومطالب المجتمع أو المرحلة العمرية التي يمر بها مما يحتم علينا ضرورة التعرف على مظاهرها ومسبباتها والعوامل التي تؤثر فيها وطرق تعديلها (سوسن، 2005،ص 5) (ابراهيم وآخران، 1993) .

ما هو الاضطراب النفسي؟



دخل مفهوم الاضطراب النفسية اللغة الاختصاصية النفسية والطبية من دون أن يكون معرفاً بدقة، ومن دون تفريق دقيق بينه وبين مفهوم المرض، ويعني مفهوم المرض الطبي التقليدي الخلل الحاصل في مجرى العمليات الحيوية القابل للبرهان موضوعياً، والذي يعود إلى أسباب محددة بدقة، إما أن تكون خارجية كالبرد والحرارة والرطوبة والجراثيم، أو أن تكون كيمياوية أو آلية أو وراثية، ويمكن علاجه بالطرق الطبية التقليدية كالمعالجة الدوائية أو الجراحية. وقد نجم هذا التصور العضوي الخالص أو الأحادي الجانب عن التطورات التي شهدتها العلوم الطبيعية في القرن الثامن عشر والتاسع عشر. في حين ظهر مفهوم الاضطراب النفسيمع ظهور مدرسة التحليل النفسي psychoanalysis في نهايات القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين، وظهور الطب النفسي الجسدي psychosomatic في الربع الثاني من القرن العشرين على يد المحللين النفسيين المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وظهور المفهوم الأمريكي للطب النفسي. وقد عانى الطب النفسي التقليدي مأزقاً فيما يخص الفهم الأحادي الجانب للمرض، بسبب صعوبة إثبات وجود تبدلات ملموسة في الأعضاء وعدم تحديد عوامل موضوعية ملموسة قابلة

للبرهان في كثير من صور الأمراض النفسية والجسدية، فضلا عن إمكانية الشفاء بطرق غير الطرق المألوفة في الطب النفسي التقليدي في ذلك الوقت. ومن هنا أخذ مفهوم الاضطراب النفسي والاضطراب النفسي الجسدي يحل تدريجياً محل المرض النفسي، غير أن الحدود بينهما كانت وما تزال غير واضحة بدقة. ولم تؤد المحاولات التي جرت من أجل فصل مفهوم الاضطراب عن المرض إلى نتيجة مقبولة، فجرت مثلاً محاولات تبسيطية استندت في تفريقها بين هذين المفهومين إلى المنشأ المرضي، وأطلقت مفهوم الاضطرابات النفسية على الاضطرابات الناجمة عن عوامل بيئية اجتماعية ونفسية، وقصرت استخدام مفهوم الأمراض النفسية على الحالات التي تنشأ عن عوامل عضوية جسدية أو وراثية خالصة تقود إلى حدوث المرض أو الاضطراب النفسي. وازدادت صعوبة التفريق بين مصطلحي الاضطراب النفسي والمرض النفسي بسبب التطورات الحاصلة في علم أسباب الأمراض وتطورها، الذي ينطلق من أن الأمراض النفسية تنجم عن وجود تركيب متشابك من العوامل المتوالفة التي تقود إلى حدوث الصورة المرضية واضطراب النظام النفسي(رضوان، 2005).

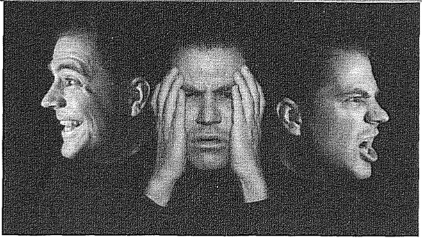
رغم ذلك مازالت محاولات علماء النفس والاطباء النفسيين تحدد ما المقصود بالاضطراب النفسي (البنا، 2005) نتيجة لذلك كرس علماء نفس الشواذ والمهتمين بالاضطرابات النفسية الى تعريف هذا المفهوم، ولذلك ظهرت العديد من التعريفات حول الاضطراب النفسي، والتي منها الآتي:

-هويت Hewett , 1968: الحالة التي يكون فيها الشخص المضطرب فاشل اجتماعيا، وغير متوافق في سلوكه، وفقا لتوقعات المجتمع الذي يعيش فيه إلى جانب جنسه وعمره (يحيى، 2000، ص17).



- وودي Woody , 1969: حالة يظهر فيها الاشخاص المضطربين بأنهم غير قادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه يتأثر تحصيلهم الدراسي، وعلاقاتهم الشخصية مع الزملاء، فضلا عن ذلك أنهم يعانون من صراعات نفسية وفي تقبل أنفسهم كاشخاص جديرين بالاحترام وغيرها (يحيى، 2000، ص17).
- الزراد، 1984: اضطراب وظيفي في الشخصية، يرجع الى الخبرات المؤلمة والصدمات الانفعالية الشديدة والاضطرابات في العلاقة الاجتماعية.
- زهران، 1988 :اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه.
- أبو غزالة، 1992: جميع التصرفات التي تصدر عن الفرد بصفة متكررة اثناء تفاعله مع البيئة الاجتماعية بحيث لا تتناسب مع عمره، وتجعل لديه مشاعر شخصية من المعاناة والألم وعدم قبوله اجتماعيا وعدم قبول نفسه، وكذلك تجعله عاجزا تماما عن حسن الاتصال بالآخرين وعن استمرار النمو والتقدم نحو النضج، وتظهر في اعراض سلوكية متصلة ظاهرة، ويمكن ملاحظتها مثل الاكتئاب والخوف المرضي وغيرها.

- منظمة الصحة العالمية، 1999: خلل في التوازن مع الذات أو البيئة المحيطة لأسباب وراثية أو خلل في البيئة المحيطة للفرد، وفي تعامله المحيط به، وفي الدعم المتوفر له عند مواجهة مشكلات الحياة العادية(باتل، 2000).
- باتل، 2000: أي حدث أو حالة يتعرض لها شخص ما وتؤثر على عواطفه أو أفكاره أو سلوكه بحيث لا تتوافق مع معتقداته الثقافية وشخصيته، وتؤدي إلى تأثير سلبي على حياته وحياة عائلته والمحيطين به.
- سرى، 2000: اضطراب وظيفي في الشخصية، تنشأ عنه اعراض نفسية وجسمية واجتماعية، ويبدو في شكل سلوك مرضي يعوق التوافق النفسي.
- البنا، 2005: " حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره أو حكمه على الأشياء أو سلوكه وتصرفاته إلى حد تستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان، ومعالجته في سبيل مصلحته الخاصة، أو مصلحة الآخرين من حوله ".
- غباري وآخران، 2010: حالة يستجيب من خلالها الفرد بصورة غير مقبولة اجتماعيا وبدرجة كبيرة، وتكون هذه الاستجابات شديدة لدرجة يشعر الآخرون في محيطه بأن هذه الاستجابات مضطربة وغير مرغوبة وليست ذات جدوى، فضلا عن تأثيرها في حياته الشخصية وتحصيله الدراسي، وقد تلحق الأذى به وبالآخرين، مما يجعله غير قادر على الاستفاده من إمكاناته بشكل مناسب.



وبشكل عام، يمكن القول بوجود الاضطراب النفسي إذا كان هناك تغير في سلوك الإنسان أو تفكيره ومشاعره لدرجة تؤثر سلبيا في مجرى حياته، أو لحد تسبب فيه الإزعاج الشديد له أو لغيره ممن حوله (البنا، 2005)

فضلا عن ذلك نستتج مما سبق أن هناك مؤشرات عدة تشترك فيها التعريفات حول تحديد مفوم الاضطراب النفسي، وهي:

- اضطراب في الوظيفة الشخصية للفرد، وتجعله يستجيب بصورة غير مقبولة وبدرجة كبيرة.
- أنه حالة تصيب الإنسان فتؤثر في سلوكه وافكاره وانفعالاته.
- لا ينسجم مع عمر الفرد وجنسه وتوقعات المجتمع.
- أن هذا الاضطراب يؤثر على الحياة الاجتماعية والشخصية، لأنه يجعل الفرد غير قادر على الاستفاده من إمكاناته بشكل مناسب.
- يظهر الاضطراب نتيجة الاسباب الوراثية والعصبية والبيئية.

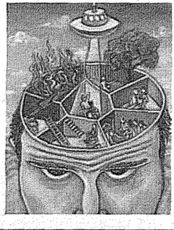
صعوبة تحديد الاضطراب النفسي

رغم الخصائص التي تشترك فيها تعريفات الاضطراب النفسي، إلا أن هناك صعوبة في الاتفاق على تعريف واحد يحدد الاضطراب النفسي، ويرجع سبب ذلك على حد تعبير (Paul & Epanchin , 1992) إلى الآتي:

- ❖ عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك السوي أو الصحة النفسية ومن ثم أنعكس ذلك على صعوبة تحديد الأنحراف أو الشذوذ عن الحد الطبيعي، فلا يستطيع الباحثون الاتفاق على غياب الصحة النفسية في حين أنهم غير متفقين أصلا على تعريف ما المقصود بالصحة النفسية.
- ❖ عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس واختبارات تحدد السلوك المضطرب وهذا ناتج عن عدم الاتفاق بينهم على أساس مفهوم السلوك السوي.
- ❖ تعدد وأختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر اضطراب السلوك وأسبابه واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.
- ❖ التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الجماعات في الحكم على أضطراب السلوك.
- ❖ الاختلاف في وجهات النظر حول تحديد اسباب الاضطراب النفسي وتصنيفه (القمش والمعايطة، 2009).

معايير الاضطراب النفسي

مثلما وضحت سابقا إن تعريف الاضطراب النفسي ليس من الأمور السهلة، ويعد بالغ الصعوبة، ولذلك وضع المختصون مجموعة من المعايير تستعمل في التعرف على السلوك الشاذ (عويضة، 1996). وهذه المعايير هي كالآتي:



1. المعيار الحضاري الثقافي:

ينطلق هذا المعيار من افتراض ان الشخصية الإنسانية هي بالدرجة الأولى نتاج اجتماعي ثقافي حضاري محكوم ضمن سياق زماني ومكاني، إذ يقر هذا السياق في مسيرة تطوير مجموعة من المعايير والأعراف والتقاليد تحكم السلوك وتميزه من مقبول

إلى مرفوض وكل سلوك يتجاوز ما أقره المجتمع وثقافته يعد شاذاً وتفرض بحقه إجراءات معينة (زيد ، 2007).

2. المعيار المرجعي الذاتي:

محك السلوك غير السوي وفق هذا الاتجاه هو ما يقرره الشخص وما يطلقه من أحكام وقيم مستخدماً إحساساته وإدراكاته الداخلية ومطبقاً مفاهيمه وفلسفاته الخاصة معتمداً على تقويماته الذاتية فالشعور بالضيق أو القلق أدلة على شذوذ السلوك دون إعارة الاهتمام للبيئة ولطبيعة علاقاته و درجة تكيفة معها (الشيخ، 2003).

3. المعيار الطبي البيولوجي:

يحدد هذا المعيار إن السلوك غير السوي ناجم عن خلل في الجهاز العصبي لجسم الإنسان، فإصابة جزء معين من الدماغ، أو ظهور نشاط غير طبيعي في تراكيبه قد يسبب السلوك غير السوي، وبذلك ترجع الاضطرابات السلوكية والانفعالية إلى أسباب بثولوجية مرضية (Lakhan , 2010)

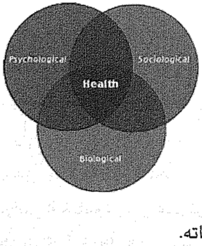
4. المعيار المثالي:

يفرق هذا المحك بين السوي وغير السوي أو السلوك المضطرب على قدر اقتراب السلوك وتطابقه مع السلوك المثالي، فارتفاع الذكاء شيء مثالي، واكتمال الصحة من دون أي أمراض حالة مثالية، وارتفاع مستوى الجمال مثالية، وانتظام العامل في الحضور والانصراف دون غياب يوم واحد مثالية. أما البعد عن أي من الصفات المثالية يعد شاذا ويمثل السلوك غير السوي.. وهذا المحك بعيدا عن الواقع ويصعب تحقيقة (عويضة، 1996، ص36).

5. **المعيار الإحصائي:**

يمثل هذا المعيار منهجا رياضيا، والمعيار هنا يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع ممثلا للصحة النفسية. في حين يمثل الانحراف عن هذا المتوسط اضطراب السلوك، وأقرب ما يرشدنا إلى ذلك منحنى التوزيع الاعتدالي الذي يوضح لنا أن ما يقرب عن ثلثي الاشخاص يتجمعون في منتصف المنحنى ويمثلون من وجهة النظر الاحصائية الاسوياء، والحالات التي تقع على جانبي منتصف هذا المنحنى الشواذ او المضطربين سلوكيا. وعلى الرغم من أن عالم النفس "أيزنك" قد وصف استعمال هذا المنهج على أنه واضح تماما. ومفهوم في تحديد السواء والشذوذ، إلا أنه أعترض على استعماله في تحديد السواء واللاسواء لبعض السمات مثل الذكاء أو الصحة مثلا. وضرب مثلا على ذلك بأنه وفقا لهذا المعيار يكون الشخص السوي هو الشخص الذي يعاني من عدد متوسط من الامراض، أما الشخص الذي لا يعاني من أي أمراض أو الذي يعيش من دون أي أمراض فإنه شخص غير سوي؟ ويتساوى العباقرة وضعاف العقول بأن كل منهم شاذ وغير سوي، وليس هذا بطبيعة الحال هو المعتاد في النظر إلى السواء وعدم السواء (عويضة، 1996).

6. **المعيار البيولوجي – النفسي - الاجتماعي (الشمولي):**



يعد هذا المعيار شمولي في تحديد الصحة النفسية والاضطراب النفسي، إذ يرى أن الصحة النفسية والسلوك غير السوي يتحددان من خلال

- الاستعداد الجسمي للاصابة بالاضطراب السلوكي والانفعالي، وخبرات المرض التي يعيشها الفرد في حياته.
- الاستعداد النفسي من خلال ما يحمله الفرد من امكانات وقدرات

عقلية، ونوع المزاج، فضلا عن افكاره ومعتقداته التي يؤمن بها، وطريقته في حل المشكلات واجتياز العقبات.

- العامل الاجتماعي، ويتحدد من خلال العلاقات الاجتماعية العائلية ونوعها، والصداقات التي يعقدها الفرد مع الآخرين.

وبذلك يتحدد الاضطراب السلوكي بتفاعل العوامل السابقة (Lakhan , 2010 , p.23).

أعراض الاضطراب النفسي

تعرف الاعراض النفسية بأنها تعبير عن الاضطرابات، وعلامة من علامات الاضطراب النفسي. وكل الاضطرابات النفسية تلاحظ وتصنف على أساس الأعراض (البنا، 2005). ولا يخلو إنسان من الأعراض، وفي نفس الوقت يندر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد، والفرق بين الشخصية السوية والشخصية المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس فرقا في النوع (زهران، 1988) فالخوف مثلا أمرا ضروريا للحفاظ على الانسان ومساعدته على التوافق ويعد رد فعل سوي إذا تناسب مع الموقف، أما إذا ما تمت المبالغة في إظهار الخوف بحيث لا يتناسب مع الموقف والمنطق والعرف، فإن هذا الخوف يدخل الفرد في زمرة الأفراد غير الأسوياء (عويضة، 1996) وتختلف الأعراض التي تظهر على مرضى الاضطرابات النفسية اختلافا بينا، فقد تكون الأعراض شديدة واضحة حتى يدركها العامة لأول وهلة، وقد تختفي لدرجة أن يصعب تمييزها إلا لذوي الخبرة المتمرسين على اكتشافها، وإدراكها، مما يضطرنا أحيانا إلى إعطاء بعض العقاقير المثيرة كي تساعد على ظهورها وتمييزها، وكذلك قد تكون الأعراض مقنعة (المخفية) وهي لا تقل أهمية عن الأعراض الظاهرة، بل قد تزيد، إذ أن إدراكها يكون في المراحل الأولى للمرض، تلك المراحل التي يمكن فيها أن يعالج المريض علاجا ناجحا إذا نحن بذلنا الجهد الكافي للوصول إلى " التشخيص المبكر (البنا، 2005). وحاول

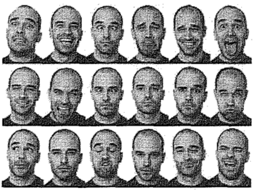
علماء النفس تصنيف الاعراض النفسية التي تظهر في جميع الاضطرابات، وقد صنفوا هذه الاعراض تبعا لطبيعة النشاط الذي يصدر عنه، والتي هي كالآتي:

أولا: المظهر العام

إذا نظرنا بدقة إلى المظهر العام للمريض أمكننا أن نعلم عن حالته النفسية والعقلية الشيء الكثير مما يساعدنا في تشخيص المرض ومعرفة درجة خطورته، **لذلك فإننا نحاول أن نفحص في المظهر العام ما يلي:**



أ – **التكوين الخلقي**: يختلف هذا التكوين من شخص لأخر، فهناك الشخص النحيف والبدين وذو التكوين العضلي وذو التكوين غير المنتظم، وقد يتصف الشخص بأكثر من صفة من الصفات في الوقت نفسه، وهناك اعتقاد أن كل مرض نفسي يكثر في تكوين خلقي معين، فنرى أن الشخص ذو التكوين البدين أميل إلى المرح وتكون شخصيته انبساطية، بينما الشخص النحيف يكون أميل إلى الانطواء وهكذا، وقد لوحظ أن جنون الهوس والاكتئاب يكثر في التكوين البدين، بينما الهستيريا والصرع يكثران في التكوين العضلي، بينما النيوراستانيا فنجدها أكثر ما تكون في التكوين النحيف، ونجد الفصام كذلك في التكوين النحيف وغير المنتظم، لكل ذلك نجد أننا بملاحظة التكوين الخلقي للمريض يمكن تكوين فكرة عامة عن شخصيته، ولكنها ينبغي أن تكون فكرة مبدئية قابلة للمناقشة، لأن أي مرض يمكن أن يحدث في أي تكوين.



ب – **تعبيرات الوجه:** تدل تعبيرات الوجه على حالة المريض الإنفعالية، فمثلا ترى المريض المكتئب يظهر الحزن واضحا على وجهه، بينما ترى المريض في حالة الهوس (لاسيما الهوس الخفيف) يطلق السرور من عينيه... ونجد الوجه بلا تعبير إطلاقا في بعض حالات الفصام. على أننا لا ينبغي أن نخدع في تعبير الوجه، فكثيرا ما يبتسم المريض"وقلبه حزين"، (على حد تعبيره)، وكثيرا ما يكون الابتسام دالا على موقف سخرية و هزاء، وليس على مرح أو سعادة، وبذلك فإن الدقة في معرفة ما وراء الابتسام مهمة ولازمة.

ج – **حالة الملابس:** إن تعرف طريقة الشخص في ارتداء ملابسه ولونها قد تساعد على تشخيص الشخص ومدى انفعالاته، فارتداء الملابس السوداء قد يدل على الحزن، وإهمال الملابس علامة على عدم الاهتمام والاضطراب وهكذا.... وكذلك الحال في الاضطراب النفسي، فقد تكون الملابس نظيفة وأنيقة كما في حالات الهستيريا، أو قذرة وممزقة كما في حالات الهياج، أو غير متناسقة وشاذة مما يدل على وجود اضطراب في تفكير المريض، ويغلب هذا في مرض الفصام، كما قد نجد مريض " الهوس الخفيف " وقد ارتدى ملابسا زاهية الألوان جدا، وإن كانت فتاة أو سيدة فقد تلبس ملابس مبهرجة.

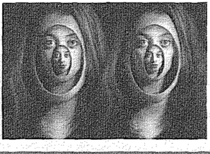


د – **حالة الشعر:** قد تكون حالة الشعر ذا دلالة خاصة تفيد في التشخيص، فقد يكون الشعر طويلا أو قصيرا بشكل غير عادي، وقد يكون نظيفا ممشطا أو قذرا مشوشا، وقد يكون للشعر دلالة خاصة: فمريض الفصام مثلا يترك خصلة من شعره على جبهته بطريقة معينة ويعتقد أنه " هتلر " وكذلك المريض الذي يحلق رأسه بالموس ويتقمص شخصية أحد ممثلي السينما الصلعان.

هـ - **الوضع (الوقفة أو الجلسة):** قد يكون وضع المريض ذا دلالة خاصة تفيد في التشخيص، كالمريض الذي يضع يده بصفة دائمة في فتحة قميصه ويعتقد أنه " نابليون بونابرت "، والمريض الذي يمد يده تجاه الشمس باستمرار ويعني أنه يعبدها أو أنه يتشبه بفقراء الهنود... وهكذا. (البنا، 2005)

ثانيا: اضطراب الادراك

الادراك هو قدرة الفرد على ادراك البيئة عن طريق حواسه وتفسير معناها، فالمثيرات الموجودة في البيئة تثير الحواس، وهذه الحواس تنقل الاحساس الى المراكز الخاصة بها في المخ، وتفسر حسب المعنى المرتبط بها في ضوء الخبرات السابقة. ويضطرب الادراك نتيجة وقوع الشخصية فريسة لاسباب تؤدي الى سوء تفسير المثيرات الحسية، ونتيجة لوجود نقص او عيب في اعضاء الحس ذاتها أو الى نقص او عيب في وظائفها (زهران، 1988). ومن اعراض اضطراب الادراك هي:



1. الخداع الحسي IIIusion: حيث يدرك الفرد الظواهر بأساليب خاطئة وبمبالغة تبعد الواقع عن معناه الحقيقي. فالحبل المتدلى يغدو ثعبانا،

وكأس الماء محيطا هائجا، وعود الثقاب المشتعل حريقا فتاكا. وقد ينتج الخداع الحسي أشكالا أخرى مثل الحساسية الشديدة للمثيرات، وفقدان القدرة على تقدير درجة واقعيتها كالاستجابة لاصوات عادية بأضعاف ما تتطلبه في الواقع بحيث يصبح قرع الجرس أو دقات الساعة يصعب على المضطرب تحملها. وقد يلتقط المضطرب تحت تأثير الخداع الحسي معاني خاطئة لأحاديث أو كلمات تقال عنه، وبخاصة عندما لا تكون مسموعة كفاية، فيتولى هو عملية تحليلها وتفسيرها.

2. الهلاوس Hallucinosis: إدراك خاطئ وكاذب ووهمي لا يعتمد على مثيرات حسية خارجية، فميدان الهلاوس الوهم والخيال، وأدواتها الحواس عند الشخص، وهي على أنواع:

- هلاوس سمعية: كأن يسمع المضطرب اصواتا متدرجة في الشدة يستجيب لها وفق درجة اضطرابه، إلى حد يرقص في مأتم استجابة لموسيقا يسمعها من وحي اضطرابه.
- هلاوس شمية: كأن يشم رائحة لا تعكس واقع الحال، ولربما شم رائحة كريهة في صالة بيع الازهار الجميلة، أو العكس من ذلك شم رائحة جميلة في مكان هجرته الروائح الطيبة.
- هلاوس ذوقية: فالطعم الحلو يصبح مرا، والحامض يتحول مالحا وهكذا..
- هلاوس بصرية: ويتعرض من خلالها الشخص لرؤية أشكال لا وجود لها في الواقع، وتتنوع بتنوع حالة الاضطراب ودرجة شدته. مثل رؤية اشباح و حيوانات لا وجود لها في الواقع.
- هلاوس لمسية: وهي ادراكات كاذبة تتركز حول الجسم بشكل خاص، كأن يشعر المضطرب بحشرات تزحف على جلده أو ببشر يداعبونه في أماكن محرمة أو يعضونه، ولا يقف الأمر عند هذا

الحد بل يصل الى الاحساس بأنهم يقطعون أذنه أو يرمون أنفه الجميل.

- هلاوس حشوية: وهي من اعقد الهلاوس وفيها يشعر المضطرب بأن متآمرون سرقوا كليته أو جهازه الهظمي أو استبدلوه (سعد، 1994).

ثالثا: اضطرابات التفكير

يرد مفهوم (اضطرابات التفكير) في أدبيات الطب النفسي مقترناً بالاضطرابات العقلية. ويعدّه كثيرون " عرضاً من أعراض الفصام يتصف بفقدان الترابط بين الأفكار وفقر محتواها من حيث المعنى، واستعمال لغة جديدة ". فيما يرى آخرون بأنه " تشويش في قابلية الفرد على اتخاذ حكم، وعلى سرعة التفكير، أو ترجيح فكرة على أخرى ". أو هو " عدم الترابط والاتساق بين الأفكار بحيث لا يستطيع الفرد الاستمرار في موضوع واحد لمدة طويلة، وعدم قدرته على إكمال ما بدأبه من حديث، وصعوبة في إيجاد المعنى بسهولة، والمزج بين الواقع والخيال ".



وتتعدد طرائق تصنيف اضطراب التفكير، بمعنى لا توجد طريقة واحدة معتمدة في التفكير، غير أننا ولغرض السهولة والتبسيط، سنقوم بتصنيفها على النحو الآتي:

أولا: اضطرابات تتابع أو تدفق الأفكار.

وتشمل الأنواع الآتية:

1. تطاير الأفكار. ويعني ازدحام الأفكار في رأس الفرد، وتسابقها على النطق بها، وتدفقها بسرعة غير عادية تفوق الحد الطبيعي. وقد تتغير

أهداف تلك الأفكار بشكل سريع، إلا أنها تبقى في الغالب محافظة على الترابط في سياقاتها. ويلاحظ فيه وجود نوع من السجع او التشابه او الترابط اللفظي بين الأفكار. وتظهر هذه الحالة في اضطراب الهوس (المانيا).

2. تباطؤ الأفكار. ويكون بعكس الحالة السابقة، إذ تأتي الأفكار بسرعة بطيئة جداً، والترابط بينها ضعيف أو شبه معدوم، ويكون في حدود موضوع واحد، غالباً ما يكون مؤلماً أو كئيباً، ويظهر في حالات الاكتئاب.

3. توقف الأفكار. يتحدث الفرد، وفجأة يتوقف عن الكلام، فيشعر كأن عقله قد غدا خالياً من الأفكار. ويحدث هذا الاضطراب في حالات الفصام.

4. التفكير الدوامة. في هذا النوع من الاضطراب تعاد الأفكار بتكرار معين بالرغم من انتهاء موضوعها والحديث بخصوصه. بمعنى ان الفرد يبقى في دوامة الفكرة نفسها ولا يستطيع التحول والانتقال الى فكرة أخرى. وتكثر هذه الحالة في اضطرابات الدماغ العضوية.

5. التفكير غير المترابط. وفيه يتحدث الفرد بتدفق وتلقائية كما لو كان طبيعياً غير ان كلامه لا يوجد فيه ترابط منطقي، فضلاً عن أن الأفكار تبدو غامضة، ويزيدها غموضاً ان الفرد يستعمل " لغة جديدة " او مفردات غير متداولة، يقوم هو بنحتها. ويحدث هذا الاضطراب في حالات الفصام والهوس والذهان العضوي.

6. التفكير الخرافي. ويتصف بانعدام القدرة على التمييز بين ما هو مهم وما هو غير مهم من الأفكار، فضلاً عن ان المريض يخوض في تفاصيل كثيرة ليست لها علاقة بالموضوع. ويلاحظ في حالات التخلف العقلي وبعض حالات الصرع.

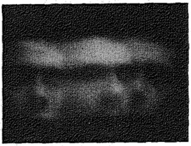
ثانياً: اضطرابات عائدية الأفكار والسيطرة عليها:

يشعر الإنسان الطبيعي أن أفكاره تعود إليه وخاصة به، وله قدرة السيطرة عليها. أما الإنسان المصاب بهذا النوع من الاضطرابات فيشعر أن أفكاره غريبة عنه، ولا سيطرة له عليها. وتظهر هذه الاضطرابات في حالات الفصام، وتكون بثلاثة أنواع:-

1. سحب الأفكار. وفيه يعتقد المريض جازماً أن أفكاره تسحب منه برغم إرادته، أو تقلع من رأسه قلعاً.
2. زرع الأفكار. وهذه عكس الحالة السابقة، فالمريض يعتقد هنا أن أفكارا تزرع في عقله برغم إرادته.
3. إذاعة الأفكار. وفيه يشعر المريض أن أفكاره (خصوصياته) معروفة للآخرين. كما لو أن رأسه محطة إذاعة تبث أفكاره للجميع (صالح، 2005)

ثالثا: اضطراب صيغة التفكير:

يفكر الإنسان السوي بطريقة منطقية وتجريدية (Abstract). بمعنى انه يعتمد على معاني الأشياء وما يقابلها من الأرقام والألفاظ، ولا يعتمد على وجودها المادي المجسّم، فيتوصل من خلالها الى استنتاجات وحلول واقعية وعملية. أما في حالة اضطراب صيغة التفكير فانه تنعدم القدرة على التفكير المجرد، ويأخذ التفكير صيغة مختلفة وغريبة وتكون على نوعين هما:-



1. التفكير المبهم: وفيه يبتعد التفكير عن المواقف الحقيقية أو الواقعية، ويشبه ذلك ما يحدث في الخيال والأحلام. غير ان الفرد هنا يقوم بأفعال مطابقة لما في خياله. ويحدث في حالات الفصام.

2. التفكير الجامد: وفيه يفتقر التفكير الى المرونة والتبصر والتجريد والاستنتاج.

رابعاً: اضطرابات محتوى التفكير.

الصفة العامة لهذا النوع من الاضطرابات هي الوهم العقلي، ويقصد به الأفكار والمعتقدات والآراء التي لا تنطبق مع الواقع، ولا يمكن ربطها بأساس سببي يفسره، كما لا يمكن إزالتها بالمنطق والإقناع، فضلاً عن تناقضها مع ما هو معلوم عن المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد. وتأتي هذه الأوهام بأنماط وصور متعددة على النحو الآتي:

1. الأوهام الاضطهادية: اعتقاد الفرد بأنه مضطهد، وان الآخرين يراقبونه ويضمرون له العداء ويتآمرون عليه لالحاق الأذى به. وشعوره بان حيفاً لحق به أو ظلماً أصابه، أو انه معرض لهما. وتأتي هذه الأوهام في حالة المصاب بالزَوَر الفصامي (البارانويا).

2. أوهام العظمة وأوهام الضعة: في الأولى يضفي المريض على نفسه مظاهر العظمة، وانه يتمتع بأهمية فريدة أو عبقرية أو قوة. وتظهر واضحة في حالة النرجسية. وفي الثانية (الضعة) يصف المريض نفسه بعدم الأهمية والتفاهة.

3. أوهام العائدية أو المرجعية: اعتقاد المريض بان ما يدور من كلام بين الناس أو حركات أو أحداث على أنها تعنيه هو بالذات. أي انه يربط بين الذي يحدث حوله من قريب أو بعيد وبين نفسه. بل يصل الأمر الى أن الخبر الذي تناقلته القنوات الفضائية ليلة البارحة (خبر مهم مثلاً) كان يعنيه هو.. وان الحرب ستقوم من اجله، ويكثر هذا في حالة الهوس والزور (البارانويا). وهناك نوع منها يكثر في حالة جنون العشق. كاعتقاد الفتاة بان " المطرب الفلاني " الذي لا يعرفها أصلا، اصدر " ألبومه " الغنائي الأخير من اجلها، وانه عندما يظهر يغني في التلفاز ويقول " حبيبتي " فانه يعنيها هي بالذات !.

4. أوهام العدم: وفيها يعتقد المريض بأن جزءاً منه أو أحد أعضاء جسمه: قلب، معدة، دماغ،... لا وجود له، أو أن أعضاءه ساكنة لا تعمل. وفي الحالات المتطرفة يدعي المريض بأنه ميت لا وجود له ! وتحصل في حالات الاكتئاب الشديد والفصام.

5. أوهام الإثم: وفيها يشعر المريض بالذنب، ويدعي مسئوليته عن آثام لم يرتكبها. ويصف نفسه بالمذنب الذي ارتكب خطايا فضيعة يستحق العقاب الصارم عليها، ولذلك فهو يسعى الى التكفير عن آثامه وذنوبه وخطاياه بوسائل مختلفة، من إيذاء النفس وعقابها، بالامتناع عن الطعام مثلاً الى تدمير الذات بمحاولة الانتحار أو ارتكابه فعلاً.

6. الأوهام المراقية: وفيها يعتقد المريض بأنه مصاب بمرض بالرغم من توكيد الأطباء بأنه سليم من أي مرض واثبات ذلك بالفحص السريري والفحوصات المختبرية. ومع ذلك يظل يفسر أي ألم جسمي طفيف على انه دليل قاطع بوجود مرض خطير. ويستمر متنقلاً من طبيب الى آخر (صالح، 2005).

رابعا: الاضطرابات الانفعالية



يتحدد مصطلح الاضطراب الانفعالي بعدم مناسبة الانفعال، سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه للموقف الذي يعايشه الفرد، فالفرد السوي يكون انفعاله مناسبا للموقف الذي يستثير الانفعال، سواء من حيث الانفعال أو شدته. ويعرف الاضطراب الانفعالي بأنه الانحراف الواضح والملحوظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته. ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤذي فيه نفسه أو الآخرين، وفي هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من

الاضطراب الانفعالي (الداهري، 2008) وتتصف الاضطرابات الانفعالية على وفق اعراضها الى الآتي:

- التباين: وهو عدم توافق العاطفة مع التفكير فيسير كل في واد.
- السيولة: وهنا تكون العاطفة غير ثابتة، فتتغير من النقيض إلى النقيض في زمن قصير.
- التناقض: وهنا يوجد الشعور ونقيضه في الوقت نفسه من دون أن يستطيع المريض التخلص من أيهما: كأن يحب الطفل والده ويكرهه في اللحظة ذاتها.

وقد يكون الاضطراب كميا، **ومن صوره:**

- فقدان الشعور: حيث يفقد المريض القدرة على الإحساس بالعاطفة وعلى التعبير عنها.
- اللامبالاة: وهنا يفقد المريض القدرة على التعبير عن العاطفة دون الإحساس بها، فالمريض لا يبالي بالمشاعر ولا بالمواقف الانفعالية ولا بالتعبير الانفعالي. ويشاهد في الاكتئاب.
- التعبير الأجوف: وهنا يعبر المريض عن العاطفة بذاتها من دون الاحساس بها.
- الاكتئاب: وهو الشعور بالحزن لدرجة تفوق الشعور العادي بذلك، فيفقد المضطرب لذة الحياة، ويرى أنها لا معنى لها ولا هدف له فيها، فيفقد اهتمامه بعمله ويشعر بتفاهته، ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركي والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والإمساك والأرق، ويصاحبه أيضا التردد والبطء في الكلام، وقد يؤدي إلى الانتحار.

- المرح Elation: وهو الشعور بالفرح والانشراح الزائدين دون مبرر وقد يصاحب ذلك شعور بالاعتزاز ويسمى ذلك " زهوا "، ويشاهد في الهوس وفي الفصام الهذائي وفي الشلل الجنوني العام.

- القلق المرضي: وهو القلق الزائد عن الحد الذي يزعج صاحب ويعوقه عن الإنتاج. ويصاحب القلق أعراض نفسية جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب، ويصاحبه أيضا التوتر وتغير الصوت واللازمات الحركية والأرق والأحلام المزعجة(البنا، 2005) و(زهران، 1988).

- الخوف: كرد فعل انفعالي لمثير يرى الفرد أنه يهدد كيانه الجسمي أو النفسي، ويشمل الخوف الكثير من أنواع الخوف (الخوف المرضي) و الخوف المرتبط بفقدان الأمن وفقدان الرعاية ومشاعر الذنب، والخوف له درجات متدرجة وهي الذعر و الرعب و الخوف الخفيف.

- الغضب: وهو وسيلة للتعامل مع البيئة المهددة، و يتضمن استجابات طارئة وسلوكا مضادا لمثيرات التهديد و يصاحبه تغيرات فسيولوجية لاعداد الفرد لسلوك يناسب الموقف المهدد، و الغضب قد يكون علامة قوة وقد يكون علامة ضعف، فهو علامة ضعف عندما لا تناسب مع الموقف، وعندما لا يوجه نحو مصدر التهديد وعندما يثير متاعب اكثر، ويؤدي الغضب إلى صراع ذي جانبين:أولهما



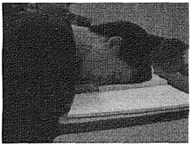
صراع مع الآخرين الذين يتعرضون للغضب، وهذا النوع يحرم الفرد من العطف و الحب و الحنان و يفقده السيطرة على نفسيه، هذا وقد يوجه الغضب في شكل عدوان نحو الآخرين. وثانيا الغضب الذي يوجه نحو الذات والذي يظهر عندما يكون الفرد عاجزا عن توجيه غضبه إلى

الشخص أو الموقف الذي آثار الغضب مما يؤدي الى انسحاب، أو قد ينكص إلى السلوك طفلي اقل نضجاً في مستواه وقد يكبت غضبه ويكظم غيظه وتظهر أعراض سلوكية تدل على ذلك مثل العناد و التخريب و نوبات الغضب الطفلية .

- الغيرة: وهي مركب من انفعالات الغضب و الكراهية و الحزن و الخوف و القلق و العدوان، وتحدث عندما يشعر الطفل أو الفرد بالتهديد وعندما يفقد الحب والعطف والحنان.
- أعراض أخرى: مثل التبلد و اللامبالاة، والتناقض الانفعالي، وعدم الثبات الانفعالي، وانحراف الانفعال، وأحلام اليقظة، والاستغراق في الخيال، ومشاعر الذنب، والسلوك المضاد للمجتمع، والاضطراب النفسي الجنسي، وقد يصاحب الاضطرابات الانفعالية ضعف وفقدان الثقة في النفس واضطراب الكلام و السلوك و الدفاعي و سهولة الاستثارة و الانفعالية و الحساسية النفسية بصفة عامة (الداهري، 2008) و(الرقب، 2011)

خامسا : اضطرابات الذاكرة والوعي والانتباه

❖ **اضطراب الذاكرة Disorders of Memory**



يعد التذكر إحد الوظائف العقلية الهامة، ويتضمن ثلاث عمليات متكاملة هي التسجيل والحفظ والاستعادة أو الاسترجاع (زهران، 1988) ويظهر اضطراب الذاكرة على نوعين:

اضطراب كمي ومن صور ذلك:

1- **حدة الذاكرة:** حيث يتذكر المريض كل الأحداث وتفاصيلها بشكل غير عادي، وخاصة الخبرات الأليمة أو الخبرات السعيدة

المشحونة انفعاليا. وتشاهد في الهوس الخفيف وفي الهذاء (البارانويا).

2- **ضعف الذاكرة**: وقد يصل إلى فقدانها ويكون إما للأحداث القريبة فقط أو للأحداث القريبة والبعيدة على حد سواء ، أو قد يكون في صيغة فجوات بمعنى أن المريض يستطيع أن يتذكرها قبل فجوة النسيان وما بعدها بسهولة.

وقد يكون اضطراب الذاكرة نعيا ومن صور ذلك:

1- **التزييف**: وهو إضافة تفاصيل كاذبة لذكريات حدثت فعلا ، ويلاحظ في الهستيريا وفي الهذاء (البارانويا)، وفي الفصام الهذائي.

2- **التأليف (الفبركة)**: وهو اختلاق أحداث لم تحدث إطلاقا على أنها وقعت فعلا ، أو هو عبارة عن تأليف للذكريات، وحشو لما هناك من ثغرات يملؤها المريض في ذاكرته مما تجد المريض يتكلم عن أحداث لم تحصل له قط، ولم يكن قد مر بها ، ولكنه مع ذلك يؤكد جازما أنه خبرها في حياته.ويلاحظ في الهستيريا وفي ذهان الشيخوخة وفي بعض الأمراض النفسية الجسمية وفي حالات تلف المخ وفي إدمان الخمر.

3- **ظاهرة الألفة**: وفيها يخيل للفرد أن الغرباء مألوفون لديه وكأنه رآهم من قبل أو أن الأصوات مألوفة لديه وسبق أن سمعها ، بينما هو في الحقيقة لم يسبق له ذلك مطلقا. وتشمل الألفة: ألفة المنظر، وألفة الصوت، وألفة الفكرة، وألفة الحكاية أو الرواية (البنا، 2005).

❖ **اضطراب الوعي والانتباه Disorders of Consciousness :**

في حالة اضطراب الوعي، نجد أن الإحساس لا يعمل بكامل طاقته، ولا تؤدي الحواس وظائفها على ما يرام، ويكون الإدراك والفهم معوقا ، ويكون المريض غير قادر على إدراك بيئته من حيث الزمان والمكان والأشخاص. **وفيما يلي اضطرابات الوعي:**

1- **النوم:** هو تغير طبيعي للوعي وقد يزيد النوم أو يقل عن المعتاد، وقد يختل نظامه، كما قد يتخلله أعراض كالمشي أثناء النوم أو الكوابيس والاحلام المزعجة.

2- **الذهول Stupor:** وفيه يقل الوعي لدرجة كبيرة، ولا يستجيب المريض إلا للمؤثرات شديدة الألم، وكذلك يكون ساكنا هادئا لا يتحرك ولا يظهر على وجهه أي تعبير، ويشاهد في الخواف الشديد، وفي الهستيريا وفي الاكتئاب وفي الفصام الحركي وفي حالات أمراض المخ العضوية وحالات التسمم.

3- **الغيبوبة:** وهي أشد درجات السبات وفيها لا يستجيب المريض لأي مؤثر مهما بلغت شدته.

وقد يتغير الوعي نوعيا مثل:

1- **الانشقاق:** وهنا يتميز كل نشاط حياتي بدرجة من الوعي يختلف في حدته عن النشاط الآخر كالمشي أثناء النوم، حيث يكون النشاط الحركي واعيا في حين أن النشاط الحسي نائما.

2- **التوهان:** حيث يعجز المريض عن التعرف على ما في البيئة من أشخاص وزمان ومكان.

3- **ازدواج إدراك البيئة:** وهنا يدرك المريض أنه يوجد في مكانين بعيدين عن بعضهما في الوقت نفسه (مثل وجوده في القاهرة وطنطا في نفس اللحظة). **وقد يضطرب الانتباه في إحدى الصور الآتية:**

1- **زيادة الانتباه:** فينتبه لكل المؤثرات ولتفاصيلها أكثر من العادة.

2- **قلة الانتباه:** وهو أول درجات الذهول.

3- **الانشغال:** وهنا ينتبه المريض إلى مؤثر داخلي (فكرة) فيشغله عن الانتباه للمؤثرات الخارجية.

4- **تحول الانتباه:** حيث يتحول الانتباه من مؤثر إلى آخر بسرعة مهما كان المؤثر غير متعلق بالموضوع الأصلي.

وقد يصاحب اضطراب الوعي:

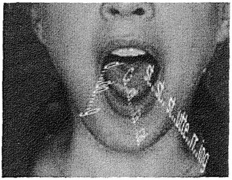
1 – صعوبة إدراك ماهية الأمور.

2 – غموض التفكير وتفككه.

3 – تأرجح حالة التوهان، فيمكن للمريض التعرف على البيئة آنا، ويعجز آنا آخر، هذا وقد يزيد اضطراب الوعي حتى يصل إلى درجة الغيبوبة (البنا، 2005) و(زهران، 1988).

سادسا : اضطرابات الكلام

وهي اضطرابات يمتد مداها من الاستبدال البسيط للأصوات إلى عدم القدرة على فهم اللغة أو استخدامها أو استخدام المكانيزمات الحركية الشفوية oral-motor mechanism لأداء وظيفة الكلام أو التعبير عن المشاعر. وتدخل اضطرابات الكلام ضمن اضطرابات التواصل، إذ تتضمن اضطرابات التواصل اضطرابات طلاقة الكلام" اللجلجة" واضطرابات النطق، واضطرابات اللغة ، واضطرابات الصوت مما تؤثر بصورة دالة وواضحة على اداء الفرد وطريقة تواصله.ومن أنواع اضطرابات الكلام هي:



1. اضطرابات النطق Articulation disorders وتتضمن فشل أو إخفاق الافراد في النطق نتيجة الفشل في نطق كل أحرف الكلمة، وكذلك نتيجة إبدال بعض الحروف أو حذف بعضها أو إضافة بعض الحروف إلى الكلمة، أو الإبدال في الأصوات المتشابهة المخارج أو التحدث في ظل

وجود اضطرابات الصوت، ويمكن أن نفصل هذه الاضطربات بشي من التفصيل، وكالآتي:

- الحذف Omission في هذا النوع من عيوب النطق يحذف الطفل صوتاً ما من الأصوات التي تتضمنها الكلمة، ومن ثم ينطق جزءاً من الكلمة فقط، قد يشمل الحذف أصواتاً متعددة وبشكل ثابت مما يصبح كلام الفرد غير مفهوم على الاطلاق حتى بالنسبة للأشخاص الذين يألفون الاستماع اليه كالوالدين والاخوة والاصدقاء وغيرهم، وتميل هذه العيوب إلى الظهور في نطق الحروف الساكنة التي تقع في نهاية الكلمة أكثر مما تظهر في الحروف الساكنة في بداية الكلمة أو في وسطها.
- الإبدال Substitution توجد أخطاء الابدال في النطق عندما يتم اصدار صوت غير مناسب بدلاً من الصوت المرغوب فيه، على سبيل المثال قد يستبدل الفرد حرف (س) بحرف (ش) أو يستبدل حرف (ر) بحرف (و)، وهذا النوع من اضطراب النطق يؤدي إلى خفض قدرة الآخرين على فهم كلام الطفل عندما يحدث بشكل متكرر.
- التحريف DISTORTION توجد أخطاء التحريف عندما يصدر الصوت بطريقة خاطئة، إلا أن الصوت الجديد يظل قريباً من الصوت المرغوب فيه، والأصوات المحرفة لا يمكن تمييزها أو مطابقتها مع الأصوات المحددة المعروفة في اللغة، لذلك لا تصنف من جانب معظم المختصين على أنها عيوب إبدالية على سبيل المثال قد يصدر الصوت بشكل هافت نظراً لأن الهواء يأتي من المكان



غير صحيح أو لأن اللسان لا يكون في الوضع الصحيح أثناء النطق. ويبدو أن عيوب تحريف النطق تنتشر بين الأطفال الأكبر سنا وبين الراشدين أكثر مما تنتشر بين صغار الأطفال.

- الإضافة Addition توجد عيوب الاضافة عندما ينطق الشخص الكلمة مع زيادة صوت ما أو مقطع ما إلى النطق الصحيح يعتبر هذا العيب على أي حال - أقل عيوب النطق انتشاراً.(الصبي، 2010) و(سليم، 2010).

2. اضطرابات الصوت :Voice disorders ويوجد نوعان من اضطرابات الصوت هما: اضطرابات الرنين resonance disorders ، واضطرابات الأصواتphonation disorders والافراد الذين يعانون من اضطرابات الرنين يظهرون صعوبة في نطق بعض الحروف الأنفية ويحدث ذلك لدى الأفراد ذوي الشلل المخي أو ذوي الحنك المشقوق حيث تتطلب هذه الأحرف حبس النفس داخل الفم وهو ما لا يستطيعه هؤلاء الأفراد فعله. والذين يعانون من اضطرابات الأصوات: يبدو كلامهم مثل الأجش أو الشخير أو الصوت الخارج مع النفس، وفي الحالات الحادة لا يستطيع الافراد إخراج الأصوات على الإطلاق. وعموماً , فاضطرابات الصوت أكثر انتشاراً بين البالغين عنها بين الصغار.

3. اضطرابات الطلاقةFluency disorders : حيث يحدث تقطع أو ترديد للكلام المتدفق عبر الفم أو توقف مؤقت للكلام. أو تكرار وعدم القدرة على تجاوز بعض المقاطع التي تليها .ومثال على اضطرابات الطلاقة اضطراب اللجلجة.stuttering

4. الأفيزيا Aphasia أو (الحُبسة الكلامية) وهي إعاقة لغوية تؤثر على قدرة الفرد في إنتاج أو فهم الكلام والقدرة على القراءة أو الكتابة. والأفيزيا Aphasia دائماً ما تحدث نتيجة جرح المخ أو جلطة

دماغيةstroke، او العدوي الفيروسية او الالتهابات الدماغية خاصة لدى الكبار. والأفيزيا يمكن أن تكون حادة جداً في تأثيرها على تواصل الشخصِ لدرجة استحالة حدوث التواصل، وقد تكون خفيفة جداً بما يسهل على الفرد تحقيق التواصل حتى في وجودها. وهي يمكن أن تؤثر بشكل رئيسي على جانب واحد ممن جوانب استخدام اللغة مثل القدرة على استرجاع أو تذكر أسماء الأشياء، والقدرة على وضع الكلمات معاً في جمل، أَو القدرة على القراءة. وأكثر المشكلات شيوعاً في الأفيزيا نطق أسماء الأشياء بصورة غير صحيحة واستخدام الفرد للكلام التلغرافي الذي لا يفهم معناه إلا بصعوبة بالغة، مثال يذهب مدرسة وهو يريد أن يقول هل ستذهب إلى المدرسة؟.

5. الأبراكسيا Apraxia وهي عسر في النطق أو عدم القدرة على النطق يرجع لعدم تناسق عضلات الفم التي تساعد على إخراج الأصوات وعدم قدرتها على القيام بالحركات التي يتطلبها إصدار الكلمات .والأفراد الذين يعانون من عسر الكلام أو النطق الحاد عادة ما يكون لديهم قصور في التعبير اللفظي عن أنفسهم ويستعيضون عنه بالتعبير الصامت أو بالإشارات .

6. الدسارثيريا / Dysarthria عسرُ التلفّظ وهو اضطراب كلام حركي المنشأ يرجع إلى عدم تناسق ميكانيزمات أو حركات الكلام نتيجة تلف عصبي، وعسر الكلام يعد اضطراب في إنتاج الكلام وليست في نطق اللغة، وبعكس الأبراكسيا apraxia فإن أخطاء الكلام في الدسارثيريا ثابتة برغم اختلاف مواقف الكلام (سليم، 2010).

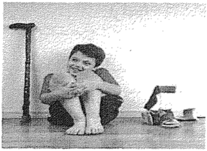
سابعا : اضطرابات الحركة

يختلف النشاط الحركي للإنسان بتغير حالته الانفعالية، فإننا قد نرى الشخص السعيد المرح كثير الحركة والكلام، كما قد نرى الشخص الحزين

بطيء الحركة... وهكذا، وتختلف الحركة على وفق الاضطراب، وكذلك من حيث الكمية والنوع، فمن حيث الكمية قد تكون الحركة قليلة (في الاكتئاب مثلا) أو كثيرة (في الهوس) **ومن حيث النوع قد تتصف الحركة بطابع خاص يحتاج إلى توضيح وإفاضة**(البنا، 2005) **نوردها في الآتي:**

1. **النشاط الزائد Hyperactivity**: وفيه يزداد النشاط الحركي غير الهادف والمثمر، وله عدة صور ومنها:

- النشاط الزائد المرتبط بسرعة سريان الافكار، ويكون غير هادف ومتنقل ولا نتيجة نهائية له، ويلاحظ في الهوس.
- عدم الاستقرار الحركي: ويتضمن العكوف عن الحركة غير المستقرة وغير الهادفة، ويشاهد في ذهان الشيخوخة.



2. **النشاط الناقص Hypoactivity**: وهو تأخر نفسي حركي يبدو عادة في البدء المتأخر في العمل والبطء فيه والشكوى أثناء القيام به، ويرتبط غالبا بتأخر عمليات التفكير، ويلاحظ في الاكتئاب والفصام.ومن صوره:

- التدهور الحركي: وفيه ينخفض النشاط الحركي بصورة متدهورة ويلاحظ في الاكتئاب.
- الوهن: وفيه تكون العضلات في حالة ارتخاء وضعف شديد، وقد يشمل الجسم كله أو مجموعة معينة من العضلات.
- الشلل: أي الفقدان التام لوظيفة عضلة أو مجموعة عضلات، ويشاهد في حالات اصابة المخ واعصابه والنخاع الشوكي.

3. النشاط المضطرب Disordered Activity: ويشمل صور عدة:

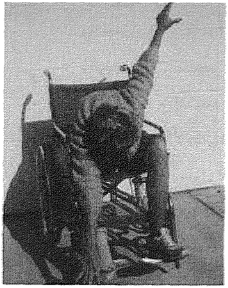
- **العجز الحركي:** وهو فقدان القدرة على الحركة الغرضية المقصودة، ويشاهد في حالات اصابة المخ وخاصة الفص الجبهي والجداري.
- **الهزع:** وهو عدم انتظام الحركة العضلية، واختلال الحركة الارادية خاصة حركة الاطراف، وعدم التآزر عند الوقوف. ويشاهد في حالات اصابة المخيخ.
- **التقلاب:** حركات دورية مستمرة وكثيرة في اليدين والقدمين، وغالبا ما تكون مؤلمة. ويشاهد في حالات اصابة الدماغ المتوسط.
- **الحركات الراقصة:** وهي حركات مرتجة غير منتظمة وغير ارادية، وتشاهد في حالات اصابة المخ.
- **التشنج:** وهو تقبض وارتجاف عضلي عنيف لا ارادي موزع على الجسم كله، ويصاحبه عادة فقد الشعور، ويشاهد في الصرع.
- **الخلجات:** وهي حركات عضلية عصبية وظيفية لا ارادية متكررة.
- **الارتجافات:** وهي ارتعاشات وتقلصات خفيفة ايقاعية لا ارادية في العضلات، وتشاهد في حالة اصابة الدماغ المتوسط.

4. **النشاط المتكرر Sterotepsy:** وفيه يعكف المريض على تكرار النشاط نفسه متى بدأه لمدة غير محدده، كما في الفصام. (زهران، 1988).

- **الأسلوبية:** وهي حركة أو مجموعة حركات غريبة يعيدها المريض باستمرار بطريقة متواترة، وذلك مثل عمل حركة تعبيرية معينة بواسطة عضلات الوجه كرفع الحاجبين مثلا، ويكرر هذه

الحركة بطريقة مستمرة، أو مثل لف اليدين على بعضهما وكأنه يغسلهما دون توقف... إلخ، وقد تظهر الأسلوبية في الكلام، فيكرر المريض بعض الكلمات بطريقة مستمرة من دون أن يقصد معناها ولا يفوتنا أن نذكر في هذا المقام أن الكلام تفكير ثم تنفيذ حركي لهذا التفكير باستخدام حركة أعضاء الكلام كالشفتين واللسان... إلخ.فضلا عن ذلك تتم الأسلوبية تتم عادة من وراء وعي المريض، بحيث إذا سئل عما يفعل، لدهش أو أنكر أو لم يجد تفسيرا، هذا إذا أجاب.

5. **اللوازم:** وهي حركة بسيطة متكررة، تدل على عادة متأصلة، يصعب التخلص منها، ومثال ذلك قفل الجفنين وفتحهما (البربشة)، أو رفع الحاجب أو تحريك الفم بطريقة معينة أو هز الأكتاف أو حركة الوجه أو الغمز باستمرار أو مص الأصابع أو قضم الأظافر) إلخ، ويحدث هذا أحيانا للأشخاص الأسوياء كما يحدث عند المصابين بالعصاب **(موسى، 1998)**.



6. **الإنثنائية الشمعية:** توقف المريض عن الحركة واتخاذ وضع حركي ثابت من دون أي تعب، ويشاهد في الفصام التصلبي، وفي البارانويا.وفي هذه الحالة يكون التكرار هو تكرار الوضع، أي ثباته واستمراره، فيمكن الفاحص أن يضع أحد أطراف المريض أو حتى جذعه أو رقبته في أي وضع ثم يتركه. لذا نجد أن المريض يستمر على هذا الوضع لمدة طويلة تفوق

المدة التي يمكن الشخص العادي أن يتحملها بكثير لأن خاصية التعب العضلي الفسيولوجي تضطر الشخص العادي إلى أن يغير من الوضع الثابت المتعب إلى وضع مريح، بينما هذا الإدراك غير موجود في هذا المريض. وتسمى هذه الظاهرة " **بالإنثنائية الشمعية** " لأن الأطراف تنثني معنا كيف شئنا وكأنها مصنوعة من الشمع، إذ يمكن تشكيلها ووضعها في أي صورة. **(شاهين والرخاوي، 1977)**.(

7. **الآلية Automation**:وهنا يكون النشاط الحركي للمريض آليا ويشاهد في الفصام، ومن أشكاله:

- الطاعة الآلية: حيث يطيع المريض آليا كل الأوامر من دون تفكير حتى لو كانت ضارة أو شاذة.
- المحاركة: وفيها يقلد المريض آليا كل الحركات التي يراها (زهران، 1988).

ثامنا: اضطرابات أخرى

- **اضطرابات الشخصية**: وتظهر في سمات الشخصية مثل: الانطواء، والعصابية، وعدم الاتزان الانفعالي، والتقلب، وعدم الاستقرار، والخضوع، وضعف الانا الاعلى، واللامبالاة، والسلبية، والثرثرة، والاندفاع، والتشاؤم، والجمود..الخ.
- **اضطرابات الأكل**: ومنها قلة الأكل، والافراط في الأكل، والبطء الشديد في تناول الطعام، وتقاليع الأكل، والجشاء، والشعور بالغثيان، والتقيؤ.
- **اضطرابات الأخراج**: ومنها التبول اللاإرادي، وسلس البول، وعدم القدرة على التحكم في التبرز، والأمساك العصبي، والاسهال العصبي.

- **اضطرابات النوم:** ومنها الأرق، وتقطع النوم، والتقلب الزائد اثناء النوم، واضطراب مواعيد النوم حيث ينام المريض صباحا ويصحو ليلا، والكلام اثناء النوم، والمشي أثناء النوم، والكوابيس، والمخاوف الليلية، والاحلام المزعجة المتكررة.
- **الانحرافات الجنسية:** ومنها اللواط، والسحاق، والفتشية (التعلق الجنسي باشياء يستعملها الجنس الأخر) وادمان جنس الموسمات، والنرجسية الجنسية، والمظهرية (الرغبة في لبس ملابس الجنس الأخر والتشبه به)، والسادية (حب تعذيب المحبوب)، والمازوخية (حب العذاب من المحبوب)، والحيوانية (الجماع مع الحيوانات)، والجماع مع المحارم والموتى.
- **اعراض نفسية جسمية:** وهي كما تظهر في:

1 . الهستيريا: **ومن الاعراض**

أ. حسية: مثل العمى الهستيري، والصمم الهستيري، وفقدان حاسة الشم والذوق واللمس، والخدار.

ب. حركية: مثل الشلل الهستيري، والتشنج الهستيري، والصرع الهستيري.

2 . **اضطراب نفسجسمية (الجسدنة): ومن اعراضها اصابة أجهزة الجسم:** مثل اصابة الجهاز الدوري كالذبحة الصدري، والتنفسي كالربو، والهضمي كقرحة المعدة، والغددي كمرض السكر، والتناسلي كالعنة والبرود الجنسي، والبولي كاحتباس البول وسلسه، والهيكلي كالام الظهر والروماتيز، والجلدي كالتهاب الجلد وحب الشباب، والعصبي كالصداع النصفي (زهران، 1988).

معدل انتشار الاضطرابات النفسية:

تنتشر الإصابة بالاضطرابات النفسية في كل مكان على وجه الأرض، فعلى مستوى العالم يعاني أكثر من شخص من بين كل ثلاثة أشخاص في معظم الدول من أحد أنواع الاضطرابات النفسية على الأقل في مرحلة ما من حياتهم. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، يذكر أن 46٪ من الأمريكيين لديهم الاستعداد للإصابة بمرض نفسي في مرحلة ما. وفي مسح علمي جاري القيام به، أشير إلى أن اضطرابات القلق هي أكثر أنواع الاضطرابات شيوعا في جميع دول العالم، ويليها اضطرابات المزاج، في حين أن اضطرابات استخدام المواد واضطرابات السيطرة على الدوافع كانت الأقل انتشارا على الدوام. وقد تباينت معدلات الانتشار على وفق المنطقة. وعلى الرغم من ذلك هناك اعتقاد سائد بأن مثل هذه الإحصائيات لا تعبر عن معدلات الانتشار الحقيقية، وذلك بسبب سوء التشخيص (وخاصةً في الدول التي لا يسهل فيها الحصول على خدمات الصحة النفسية) وانخفاض معدلات التبليغ عن الحالات، وكذلك يرجع السبب جزئيا إلى الاستعمال السائد لبيانات التقرير الذاتي بدلاً من أدوات القياس النفسي شبه المقننة. وقد كشفت مراجعة لمسوح علمية عن اضطراب القلق في دول مختلفة أن هذا النوع من الاضطراب ينتشر بنسبة 16.6٪ على مدى الحياة، مع العلم أن معدلات الانتشار أعلى في المتوسط لدى النساء عن الرجال. كما كشفت مراجعة لمسوح علمية عن اضطراب المزاج في دول مختلفة أن معدل انتشار المرض هو 6.7٪ على مدى الحياة بالنسبة لاضطراب الاكتئاب الشديد (بل وبنسبة أعلى في بعض الدراسات ولدى النساء) و0.8٪ للاضطراب ثنائي القطب. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، فإن معدلات تكرار الاضطرابات هي كالتالي: اضطراب القلق (28.8٪) و اضطراب المزاج (20.8٪) أو اضطراب السيطرة على الدوافع (24.8٪) أو اضطراب استخدام المواد (14.6٪). أما على مستوى انتشار الاضطرابات النفسية في أوربا كشفت دراسة مفصلة أجريت عام 2004 أن

حوالي شخص من كل أربعة أشخاص تنطبق عليه أحد معايير الاضطرابات الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية في مرحلة ما من حياته، وقد تضمنت هذه الدراسة اضطرابات المزاج (13.9٪) واضطرابات القلق (13.6٪) واضطراب الكحول (5.2٪). وقد انطبق معيار تشخيصي واحد على شخص من كل عشرة أشخاص تقريبًا في غضون 12 شهرًا. وقد ظهرت المزيد من حالات الاضطراب في النساء والشباب من كلا الجنسين. كما كشفت مراجعة أجريت عام 2005 لمجموعة من المسوح العلمية في 16 دولة أوروبية أن 27٪ من البالغين في هذه الدول يعانون من أحد أنواع الاضطراب النفسي على الأقل خلال فترة لا تتجاوز 12 شهرًا. وفي مراجعة دولية لمجموعة من الدراسات العلمية عن انتشار مرض الفصام على مدى الحياة، وجد أن متوسط معدل انتشار هذا المرض هو 0.4٪، وقد كانت هذه المعدلات منخفضة دائما في الدول الأكثر فقرا. والجدير بالذكر أن الدراسات التي تناولت اضطرابات الشخصية محدودة العدد بل وأجريت على نطاق صغير، ولكن كشف مسح علمي نرويجي أن معدل انتشار هذا المرض على مدار خمس سنوات وصل تقريبا إلى شخص من كل 7 أشخاص بنسبة (13.4٪). في حين أن معدلات انتشار اضطرابات معينة تراوحت بين 0.8٪ و2.8٪، وقد اختلفت هذه النسبة باختلاف الدولة والجنس والمستوى التعليمي وعوامل أخرى. وقد جاءت نتيجة مسح علمي أمريكي قام بدراسة اضطراب الشخصية أن معدلات انتشار هذا النوع من الاضطراب في المجتمع الأمريكي هي 14.79٪. وفي دراسة إكلينيكية، تم إجراء تشخيص نفسي لعينة من الأطفال في سن ما قبل المدرسة بلغت حوالي 7٪، وقد وجد أن حوالي 10٪ من الأطفال في عمر عام أو عامين الذين أجروا اختبار النمو يعانون من مشكلات انفعالية/سلوكية خطيرة استنادًا إلى ما جاء في تقارير الوالدين والأطباء. في حين تتساوى معدلات انتشار الاضطرابات النفسية بين الرجال والنساء على حد سواء، فمعدلات انتشار الاكتئاب في النساء ضعف معدلاته في الرجال، وفي كل عام تصاب 73 مليون امرأة بالاكتئاب الشديد،

كما أن الانتحار يأتي في المرتبة السابعة كأحد أسباب موت النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين سن 20- 59، وتتسبب اضطرابات الاكتئاب في حوالي 41.9٪ من العجز الناتج عن الاضطرابات النفسية العصبية بين النساء، وذلك مقارنةً بنسبة 29.3٪ بين الرجال.

(Kessler et.al ,2005. Demyttenaere et.al,2004. Somers et.al,2006. Waraich et.al,2004. Kessler et.al,2005. Alonso et,al ,2004. Wittchen& Jacobi, 2005)

الفصل الثالث

أسباب الاضطراب النفسي



3

الفصل الثالث

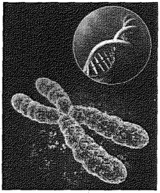
أسباب الاضطراب النفسي

أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية:

حاول الباحثون المختصون في علم نفس الشواذ والطب النفسي البحث في الاسباب التي تؤدي الى اصابة الاطفال والمراهقين والراشدين بالاضطرابات النفسية، ويتفق الباحثون أن سبب الاصابة تكمن في العوامل الآتية:

1. الوراثة.
2. التأثير العصبي الدماغي.
3. البيئة الخارجية.

1. الوراثة



يعتقد علماء النفس أن شخصية كل فرد تتضمن تركيبه الجسدي إذ يرون أن العديد من سمات الشخصية ولاسيما ذات التركيب البيولوجي قد ورثت من الجينات الأصلية والمنقولة اليهم من الآباء و الأسلاف، ونتيجة لهذا النقل تظهر السمات الشخصية الكثيرة لدى العديد من الناس على الرغم من أننا نتشارك بها مع الأشخاص الآخرين في أنحاء العالم كافة (Carver & Scheider 2000 ,) و بذلك فأن سيكولوجيتنا (نفسيتنا) لها أسس و جذور وراثية و تطورية (Santrok , 2005). و إن شخصية أي فرد هي المحصلة النهائية لما ورثه عن أبويه و أجداده من مقومات وراثية فعّالة و منفعلة بمُتغيّرات الظروف التي تحيط بتلك الشخصية منذ أن تكونت على هيأة لاقحة في رحم الأم حتى تكاملها على

شكل جنين، و انفصاله عن أمه وخروجه للحياة، و نموه و تكشف قابلياته، و صولاً إلى كونه شخصا فاعلاً في الحياة. إن تزويد هذا الفرد بالمعلومات الوراثية تعد الركيزة الأساس في تصرفه وسلوكه ضمن ظروف بيئة معينة كما يعد رافداً صحياً لا في بناء الشخصية بناءا رصينا فحسب بل يتجاوز ذلك إلى بناء شخصيات من يحيطون به (الصالح و آخرون، 1983)

إن الإنسان عبارة عن وحدة وراثية وبيولوجية تكبر، وتتفاعل أثناء رحلة الحياة، تظهر في إثرها سلوكه وتصرفاته، لذا تخبرنا الوراثة عن الكيفية التي ستؤثر بها على الاختلافات الشخصية عبر الأسس الوراثية، وكيف ستنعكس على القدرات المعرفية ؟ و السمات الشخصية للفرد ؟ فضلا عن أن الوراثة توضح طبيعة الاختلاف الوراثي، والآليات الرئيسة التي من خلالها يظهر لدى الفرد من دون غيره مجموعة معينة من السلوكيات، لذا إن للوراثة دور تؤثر به من خلال الجينات على الأمراض البيولوجية النفسية الشائعة، وعلى الإمراض النفسية والعقلية مثل الاكتئاب والقلق والسيكوبات (Penke et. al , 2007)) و (Cartwright , 2001)

من هذا المنطلق حاول علماء النفس بحث كيفية تأثير ومساهمة تلك الجينات في الاضطراب النفسي ولاسيما أن الاضطرابات النفسية والعقلية تتواجد ضمن أي فئة اجتماعية، فهي موجودة في جميع الأقاليم والدول وفي المجتمعات كافة. إذ يعاني حوالي 450 مليوناً من البشر من الاضطرابات النفسية حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO في التقرير السنوي المقدم من قبلها والمنشور في عام 2002، كما تقدر المنظمة أن ربع البشر سيصاب بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات في فترة ما من حياتهم (WHO , 2002).لذا يحاول علماء النفس المهتمين بفرضية اثر الوراثة على الاضطرابات السلوكية والانفعالية أن يبحثوا أثر الوراثة من خلال الدراسات الآتية:

دراسات الشذوذ الكروموسومي:

تهتم هذه الدراسات في البحث عن الكروموسومات ومواقع الجينات الشاذة التي تسبب الخلل الوراثي في السلوك، على سبيل المثال وجدت الدراسات من قبل قاعدة بيانات الاتحاد الأوربي IMM والمنشورة في عام 1996 أن هناك عدد من الجينات الشاذة تسبب وتساهم في الإصابة بالوسواس القهري وهذه الجينات هي:

Gene	Polymorphism	Inventory	PMID
SLC6A4[bw]	STin2[bw]	MMPI[bw]	12760255[P]
SLC6A4[bw]	STin2[bw]	MMPI[bw]	12760255[P]
SLC6A4[bw]	STin2[bw]	MMPI[bw]	12760255[P]
SLC6A4[bw]	5-HTTLPR[bw]	MMPI[bw]	12760255[P]
SLC6A4[bw]	5-HTTLPR[bw]	MMPI[bw]	12760255[P]
SLC6A4[bw]	5-HTTLPR[bw]	MMPI[bw]	12760255[P]

http://www.imm.dtu.dk/English.aspx

الدراسات الأسرية:

تهتم هذه الدراسة في معرفة مدى تكرار و جذور مرض الوراثة لدى مجموعة معينة من الناس يربطهم النسب والقرب العائلي. لذا فالدراسة الأسرية تبحث في المخطط الذي يعرف تركيب وأصل العلاقات العائلية الوراثية، وقد استعملت هذه الطريقة في كل من الطب، وعلم الوراثة، وعلم الإنسان، وعلم الأنساب، والعمل الاجتماعي، وعلم النفس 2004 , Goldstone)) وبذلك فهي عرض تصويري للعلاقات العائلية في سمة ما، فيذهب هذا العرض إلى ما وراء النسب في شجرة العائلة التقليدية ليحدد الأنماط الوراثية والنفسية بين أفراد

العائلة. ويمكن القول أن أول ظهور لهذه الطريقة كانت في الدراسات السريريه المرضية مثل وراثة الأمراض، وطب الأمراض العقلية، وعلم النفس وغيرها (Ceko , 2004) ومن أمثلة الدراسات الأسرية في تأثير الوراثة على الاضطرابات السلوكية والانفعالية دراسة 2007 , Barlow-Stewart: التي أجريت على مجموعة كبيرة من الأسر التي يصاب بها أكثر من فرد واحد بالاكتئاب الرئيس، حيث وجدت الدراسة ان الأكتئاب الرئيس كان ينتشر بين هذه العوائل على وفق نسبة الانتقال الوراثي كالآتي:

درجة القرابة	نسبة الانتقال الوراثي
التوائم المتماثلة	50 - 70 ٪
التوائم مع كلا الوالدين	50 ٪
الإخوة والأخوات مع الوالدين	20 ٪
التوائم الأخوية	20 ٪
الإخوة فيما بينهم	13 ٪
الأقرباء من الدرجة الثانية	5 ٪
أبناء العم	2 ٪

(Barlow-Stewart , 2007)

دراسات التوائم:

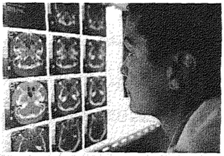
يرى "لازاروس" أن أفضل طريقة لدراسة أثر العوامل الوراثية على ظهور الخصائص النفسية هي طريقة دراسة التوائم المتماثلة، و ليس عن طريق دراسة العائلة، إذ يمكن الفصل بين تأثير العامل الوراثي عن العامل البيئي في ظهور الخصائص السلوكية الوراثية (لازاروس، 1980) وتهتم هذه الدراسات في معرفة مدى اصابة التوائم المتماثلة الذين ينحدرون من بيضة واحدة، أو التوائم الأخوية الذين ينحدرون من بيضتين مختلفتين في إصابتهم بالاضطراب السلوكي معا. لذا تعد دراسة التوائم المتماثلة من افضل الدراسات التي تثبت اثر الوراثة في انتقال الاضطراب على افتراض ان هؤلاء التوائم قد تشاركوا الجينات الوراثية نفسها

المنحدرة من بيضة واحدة، و بذلك فأن أي تشابه بينهم يرجع الى اثر الوراثة، في حين يعزى الاختلاف الى أثر البيئة (Happe & Ronald , 2008) ومن أمثلة دراسات التوائم دراسة Kenler et.al , 2001 التي أجريت على 1198 زوجاً من التوائم المتماثلة والأخوية من الاطفال بواقع 707 زوجاً من التوائم المتماثلة، و491 زوجاً من التوائم الأخوية. وقد كان الهدف من الدراسة معرفة أثر الوراثة في الرهاب وأنواعه في كل من (الرهاب الاجتماعي، والخوف من الاماكن المفتوحة، والرهاب من الحيوانات، والمواقف، والخوف من الطبيب) وأظهرت الدراسة أن التأثير الوراثي قد بلغ نسبة تتراوح بين 20 – 37 ٪، في حين قدرت النسبة الوراثي لكل نوع من أنواع الرهاب كالآتي:

نوع الرهاب	نسبة التوافق الوراثي	
	التوائم المتماثلة	التوائم الاخوية
الرهاب الاجتماعي	٪12,6	٪ 9,8
الخوف من الأماكن المفتوحة	٪ 12,2	٪ 12,2
الخوف من الحيوانات	٪15,9	٪ 7,7
الخوف من المواقف	٪ 21,2	٪ 6,5
الخوف من الطبيب	٪ 15,6	٪ 4,1

2. التأثير العصبي الدماغي:

ويرجع هذا العامل الاضطرابات السلوكية والانفعالية وعلى وفق الدراسات النفسية العصبية إلى ثلاث مصادر رئيسة، وهي:



أ. شذوذ واصابات الدماغ:

أولى علماء نفس الاعصاب اهتماما كبيرا بتأثير مناطق الدماغ على الاضطرابات السلوكية والانفعالية، و ذلك من اجل معرفة

المناطق العصبية الدماغية المسؤولة عنها، فضلا عن ان دراسة الدماغ يشكل محور لاكتساب المعرفة المتكاملة عن الذات و كيفية الاستجابة للاخرين (Esilnger , 2004 , p.57) و بذلك فتحت الدراسات العصبية الحديثة بابا جديدا من البحث، فاصبحت هذه الدراسات جزءا أساسيا لا غنى عنه في معرفة السلوك مما عزز هذا التقدم الحاجة الملحة لكشف اسرار الدماغ سواء في نشاطه او إصابته أو في المعرفة والانفعال، والتوافق الاجتماعي. لذا اصبحت الدراسات العصبية الدماغية في بحث قضايا علم النفس المتعلقة بالنمو و الفسيولوجيا و الدراسات الاكلينيكية النفسية منهجية جديدة ومتطورة فتحت افاق حديثة من الفهم الانساني للقضايا الدماغية المعقدة، بعد ان كانت تتسم بالغموض .(Ochsner & Liebrman , 2001 , p.717)

وهناك نقاشات عديدة حول التراكيب الرئيسة للدماغ المسؤولة عن الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فعلى ضوء هذه النقاشات نتوصل الى معرفة الحقيقة، حيث يعتمد الباحثون عموما في معرفة مناطق الدماغ المسؤولة عن هذه الاضطرابات، من خلال الآتي :

- ❖ اعطاء الاختبارات النفسية والعقلية الخاصة، و فحص النشاط الدماغي اثناء الاجابة عنها.
- ❖ فحص مناطق الدماغ لدى المصابين بالامراض العقلية، لمعرفة تأثير هذه المناطق على اضطراب السلوك.
- ❖ فحص الاشخاص الذين يعانون من اصابات او جروح في المناطق الدماغية المختلفة، وأثر هذه الاصابة في السلوك (Bastiannsen et.al / 2009 / (p.2391

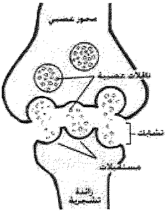
وبذلك تظهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية بسبب حالات الشذوذ في تراكيب الدماغ الناجمة وتظهر أيضا بسبب الحوادث والاصابات الخارجية التي تحدث تلفا او ضررا في أحد اجزاء الدماغ مما يؤدي إلى خلل او عطل عصبي في

الوظائف المعرفية (مثل التفكير والاستنتاج والتخيل وضعف القدرة على حل المشكلات وغيرها)، والوظائف الانفعالية (مثل ضعف التعاطف وضعف الوعي الانفعالية وبرود المشاعر وضعف القدرة على فهم مشاعر الآخرين وغيرها) أو تظهر في صيغة سلوك معاد ومضطرب (مثل السلوك العدواني والجانح وسوء استعمال المواد المؤثرة نفسيا والسرقة وغيرها). ويقسم (الدباغ، 1983) بعض الاعراض الناتجة عن الخلل الدماغي الناجم عن شذوذ تراكيب الدماغ واصابتها بالآتي:

- تشوش الوعي: ويكون على درجات متفاوتة بالنسبة للتغيرات العضوية الجارية في الجسم، إذ يتراوح من أقصى صور الهذيان إلى التشوش الشديد إلى البسيط إلى المتقطع إلى مجرد التضبيب والارتباك.
- اضطراب في التوجيه: إذ لا يعرف المصاب أين هو (اضطراب المكان)، ولا الوقت بالساعات والأيام والأشهر أو السنين (اضطراب الزمان) ولا نوعية الأشخاص المحيطين به (اضطراب التشخيص). وليس من الضروري أن يشمل الاضطراب في التوجيه كل هذه النواحي بل بعض منها فقط.
- اضطراب في الذاكرة: ويتراوح من النسيان السريع لحوادث آنية او عدم القدرة على استيعاب ما يجري حاليا، إلى نسيان أجزاء معينة من الحوادث والتواريخ، إلى نسيان أوسع للذكريات الحديثة، إلى فقدان الذاكرة الشديد بحيث لا تبقى إلا بقع أو جزر قديمة من الذاكرة.
- اضطراب في الحكمة والذكاء يتراوح من مجرد السهو والغلط إلى الخرف الشديد وفقدان كل حكمة وذكاء.
- وجود علامات تدل على حدوث مرض او تغير جسمي سبق صاحب التغير العقلي. ومن هذه التغيرات نذكر مثلا: الحمى العالية، امراض الاوعية القلبية، الامراض الغذائية، وجود الاختلالات والصرع وفقدان الوعي (الدباغ، 1983).

ومن أمثلة تأثير الجهاز العصبي الدماغي في ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وجدت الدراسات ان الاطفال والمراهقين المصابين بالاكتئاب كان لديهم توسع في البطينات الجانبية Lateral Ventricles للدماغ ونقص في حجم الفص الامامي Frontal Lobe، وجزء في التراكيب تحت القشرية الدماغية Subcortice وهذا ما يقودنا للاستنتاج أن سبب الاكتئاب ينتج عن تفاعل معقد بين تراكيب الدماغ ووظيفتها والنشاط الأيضي (Klin & Volkmar, 1999 (Pennington, B.F. 2002)و ,p.247) في حين وجدت الدراسات أن التلف أو الخلل الذي قد يحدث لدى بعض الافراد في منطقة فيرنيك سيعانون نتيجته من صعوبة في استيعاب أو فهم اللغة بكل أشكالها. إذ يستطيعون التحدث بطلاقة وتكوين جمل طويلة ومعقدة ولكن كلماتهم تحتاج إلى معنى وينقصها التماسك، وكثيرا ما يستخدمون مصطلحات غامضة وتوصيف معمم ومكرر بحيث لا يمكن أن يتوحد ويرتقي إلى أفكار كاملة (خليل، 2010). وكذلك وجدت (Schaher et.al , 2006) أن المصابين بالصرع كانوا يعانون من خلل عصبي في اواسط الفص الصدغي.

ب. النواقل العصبية neurotransmitter:

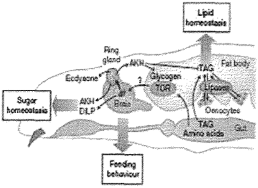


إن النواقل العصبية عبارة عن مواد كيميائية موجودة في منطقة إرتباط خلية عصبية بخلية عصبية اخرى، وتنظم هذه المواد الكيميائية الإشارة العصبية القادمة من الدماغ أو المتجهة إليه. وتتكون هذه المواد الكيميائية في منطقةٍ تدعى "ما قبل التشابك" بين خليتين عصبيتين، وتقوم بإرسال الإيعازات إلى منطقة "ما بعد التشابك" بين الخليتين العصبيتين. ويُوجد عادةً ما لا يقلُّ عن 10000 من ناقلات الإرسال العصبية في منطقة تشابك اي خليتين عصبيتين وعندما يصلُ إيعاز معيَّن من الدماغ إلى نهاية

خلية عصبية تتحفزُ الآلاف من ناقلات الارسال العصبية لتقوم بنقل الإيعاز إلى منطقة ما بعد التشابك مع الخلية العصبية المجاورة فتقوم بالإتحاد مع مستقبلات موجودة في الخلية العصبية المجاورة (الختاتنة واخرون، 2010).

لذا فأن الناقلات العصبية مواد كيمياوية تنطلق من نهاية الخلايا العصبية في الدماغ والجسم بصورة منتظمة ودقيقة، وبذلك تظهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية عند زيادة او قلة او عدم انتظام هذه النواقل في الخلايا العصبية في الجسم. على سبيل المثال يؤدي النقص في الناقل العصبي (سيروتونين) إلى ظهور السلوك القهري واضطراب الأكل فضلا عن الاصابة باضطراب الهلع والرهاب الاجتماعي والعنف المتطرف في حين وجدت الدراسات إن ارتفاع السيروتونين في الدم له علاقة باصابة اضطراب التوحد لدى الاطفال (Sinacola & Peters-Strickland, 2006). أما على مستوى الناقل العصبي أستيل كولين (Acetylcholin) الذي له دورٌ كبير في تكوين الذاكرة الجديدة، فأن اضمحلال خلايا الدماغ التي تنتجُ هذا الناقل تؤدي إلى الإصابة باضطراب الزهايمر (الخرف) الذي يُصيب كبار السن، أي كلما قلّ إنتاج الاستيل كولين كلما زاد فقدان الذاكرة (Palladino & Davis, 2004). في حين أن قصور الناقل العصبي كابا (Gaba) في أداء وظيفته يؤدي إلى اضطرابات نفسية كنوبات الصرع ومرض هنتكتون. ومن النواقل العصبية الأخرى التي تؤدي قصورها إلى الاصابة بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الدوبامين (Dopamin) الذي يُعدُّ من النواقل العصبية المهيجة، وله اثرٌ هامٌ في الحركة وفي الشعور باللذة والسرور، وإن قصور هذا الناقل عن أداء وظيفته يؤدي إلى الإصابة بمرض باركنسون ومرض الشيزوفرينيا (الريماوي وآخرون، 2008)

ج. الخلل الأيضي:



يعد الخلل الأيضي أحد الاضطرابات العديدة التي تؤثر في التعلم والسلوك. وتظهر أهمية النظام الأيضي في الجسم من كونه عملية بيوكيميائية معقدة يتحول فيها الطعام الذي نتناوله إلى الطاقة التي يحتاجها الجسم لمارسة نشاطاته المختلفة، وبذلك فأن الخلل في هذا النظام يسبب العديد من المشاكل الجسمية والنفسية. ويظهر أثر الخلل الأيضي عندما لا يصبح الجسم قادرا على تأييض **بروتين الفينيل الأنين** إلى **الحامض الأميني تيروسين Tyrosine** الذي يستخدمه الجسم البشري لإنتاج أنواع عدة من الهرمونات مثل النوادرينالين والادرينالين مما يؤدي إلى تراكم الفينيل الانين في الجسم ومن ثم يؤدي إلى تسبب مشاكل تطورية وسلوكية مثل التخلف العقلي ومتلازمة داون وتشنجات تصل للصرع فضلا عن اضطرابات الأكل (Sattler& Hoge, 2006). وقد وجدت عدد من الدراسات أن هناك علاقة بين الخلل الأيضي واضطراب الفصام والاكتئاب، حيث يؤدي الخلل الأيضي إلى أختلال في كيمياء الدماغ فضلا عن اضطراب في الهرمونات والمستقبلات العصبية في الجسم ومنها الدوبامين الذي يساهم في الاصابة بالاضطراب النفسي وخاصة الفصام .(Jones & Pilowsky ,2002).

3. العوامل البيئية (ضعف القدرة على مواجهة الضغوط والأزمات):



وهذه عبارة عن مواقف أو مرحلة يمر بها الفرد نتيجة لحدوث مشكلة كبيرة لم يتم مواجهتها أو عجز مستمر عن إشباع احتياج معين، مما يؤدي إلى ضعف قدرة الفرد على أداء وظائفه المتوقعة منه، ويسفر عن ذلك

حدوث حالة من اللاتوازن، ونظرا لان القدرات المعتادة غير قادرة على مواجهة هذه الظروف، فان الأفراد قد يتجهون إلى أساليب غير سليمة وبالتالي يتولد عن ذلك مشكلات عديدة تهز الكيان النفسي و تشكل خطرا عليه لأن وجود أزمة أو كارثة تهدد الفرد بصورة مستمرة تسبب حدوث صدمة ودرجة عالية من التوتر، وتشكل تيارا من الضغط النفسي أو الاجتماعي أو الإنساني (الباز، 2004). وتتمثل هذه المواقف بالاوضاع المقلقة والمتوترة والخطيرة بكل المعايير مثل الحروب وحالات الطلاق والوفاة، أذ تترك أثاراً هامة على الحياة الاجتماعية والاقتصادية (السالم، 1990).

ومن خصائص الضغوطات والأزمات:

أ. المفاجأة، فهي حدث غير متوقع وسريع وغامض.

ب. جسامة التهديد، والتي قد تؤدي إلى خسائر مادية أو بشرية تهدد الاستقرار وتصل أحيانا إلى القضاء على كيان الفرد.

ج. الارباك، فهي تهدد الفرد، وتخلق حالة من القلق والتوتر وعدم اليقين في البدائل المتاحة، خاصة في ضل نقص المعلومات الأمر الذي يضاعف من صعوبة اتخاذ القرار، ويجعل من أي قرار ينطوي على قدر من المخاطرة.

د. ضيق الوقت المتاح لمواجهة الأزمة، فالإحداث تقع وتتصاعد بشكل متسارع وحاد، وهو الأمر الذي يفقد أطراف الأزمة أحيانا قدرة السيطرة على الموقف واستيعابه جيدا، إذ لابد من تركيز الجهود لاتخاذ قرارات حاسمة وسريعة في وقت يتسم بالضيق والضغط.

هـ. تعدد الأطراف والقوى المؤثرة في حدوث الأزمة وتطورها، وتعارض مصالحها مما يخلق صعوبات جمة في السيطرة على الموقف وأدارته، وبعض هذه الصعوبات اجتماعية، وسياسية، ونفسية، وتعليمية...الخ.(العسيلي وعبد اللة، 2005).

ويرى ليندمان أن الأزمة موقف جديد تصبح فيه الأساليب المألوفة للتعامل مع الموقف الجديد غير كافية، فحين يقابل الأفراد أزمة أو حدث يؤدي إلى اضطراب تفكيرهم وسلوكهم تنشأ لديهم حالة من التمرد المقترن بالخوف والغضب الزائد، وبما أن هؤلاء الأفراد لا يستطيعون أن يبقوا على هذه الحالة من عدم التوازن، يبدؤوا بتحديد الأزمة ذاتيا حتى لو كانت مؤقتة ليتمكنوا من أيجاد بعض الحلول للازمة وذلك باستخدامهم لأسلوب أو أكثر من أساليب التوافق المألوفة لديهم سواء كانت سوية أو غير سوية، ولهذا تعد الأزمة حالة انتقالية أو نقطة تحول حياتية لها مضامينها النفسية العميقة في التوافق وفي قدرة الأفراد على مواجهة الأحداث الحياتية والضغوط والتصدي لها.(محمد، 1995).

في حين يشير عالم الصحة النفسية (موس) أن ذلك له علاقة بالصحة الجسمية والتوافق النفسي ودورها في عملية تقدير الفرد المعرفي للازمة وكيفية وصوله إلى مغزى الحدث والمهمات التوافقية والمهارات التي يوظفها الفرد أثناء الأزمة حتى يصل إلى حل مُرضٍ لها وتجاوز أثارها الضارة، فبمجرد تلقي الفرد الموقف الضاغط والمرور به يبدأ في أدراك الأزمة والشروع في تحديد أساليب مواجهتها والتكيف معها وتحديد طاقاته وقدراته الممكنة على تحمل أثار الأزمة وتداعياتها عليه ثم يدخل الفرد في مرحلة التعامل مع الموقف الضاغط معرفيا وسلوكيا لحشد طاقاته المعرفية وجهوده السلوكية والوجدانية للتكيف مع الموقف الضاغط ومواجهته بحلول ايجابية على وفق نتائج الموقف وأثاره على الفرد، وبما أن هذه العملية عبارة عن إمكانات الفرد وعملية ادراكه فضلا عن الاساليب التي يستعملها في مواجهة الأزمة فقد هذه الاساليب التكيفية سوية وتظهر في صورة حلول ايجابية وفعالة في مواجهة الموقف وتثري حياة الفرد القادمة عند مواجهته لازمات حياته الحالية المشابهة، أو قد تكون غير سوية تظهر في صورة حلول سلبية انسحابية وتؤثر في حالته الراهنة مما تسبب لديه الأعراض الاضطرابية والتوترات التي تؤثر سلبيا في صحته الجسمية والنفسية، فضلا عن

إنها تنذر بفشل الفرد في التوافق مع الأزمات التالية في حياته المستقبلية وتحولاتها غير المتوقعة (Moos &etal ,1992).

ومن مصادر الضغوط النفسية الآتي:

أ. الشخصية المهددة: تعد طريقة تفكير الشخصية وادركها وكيفية مواجهتها للضغوط عامل مؤثر في الاصابة بالاضطراب النفسي، إذ أن الافراد الذين لديهم استعداد للاصابة كثيرا ما يكون لديهم ضعف الإحساس بالأمان وبالقيمة الذاتية، والشعور باللاجدوى، وأنعدام تقدير الذات، والمكانة، ولا يوجد لديهم هدف محدد في الحياة (باتل، 2000)

ب. تربية الفرد تربية بيئية معادية في مراحل نموه المبكرة: حيث يأتي الاطفال المصابين بالاضطرابات السلوكية والانفعالية غالبا من بيوت فيها والدين قاسيين او غير عطوفين ويتعاملون مع سلوك ابنائهم في حالة الخطأ بعقاب مفرط، ولا يقضون الكثير من وقتهم الاجتماعي مع اطفالهم أو أنهم لا يراقبون أنشطة اطفالهم أو أين يقضون وقتهم فضلا عن ذلك لا يظهرون الكثير من المودة والحب لهم (McEvoy & Welker ,2000).

ج. اضطراب الهوية: يظهر اضطراب الهوية عند عملية تكوين الهوية الشخصية وخاصة في مرحلة المراهقة، فعندما تضطرب الأدوار لدى المراهقين، ولا يستطيع المراهق تكوين هوية سليمة لذاته يحدد فيها نفسه ومن يكون نجده يتجه نحو استعمال المخدرات والكحول وتبني سلوك جانح أو سلوك جنسي شاذ (Biglan , 1995,p.481).

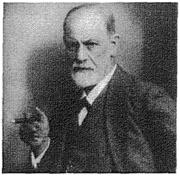
د. المشاكل الزوجية والمهنية: حيث تؤدي هذه المشكلات الى عدم استقرار الفرد، وتسبب له مشاعر من الضيق والقلق والاكتئاب والاحتراق النفسي الشديد، وقد تظهر اثارها على شكل شكاوى جسدية مثل القرحة وارتفاع ضغط الدم وسقوط الشعر..الخ.



هـ. الكوارث الطبيعية: تعد الزلازل والهزات الأرضية والعواصف والاعاصير أحد العوامل الخطرة التي تدمر حياة الإنسان، إذ تترك هذه الظاهرة آثارا اجتماعية ونفسية على الأفراد والجماعات والأسر التي تعرضت لويلاتها. فالتشرد، وفقدان المسكن، وتقطع أوصال الحياة العادية للأسرة المفاجئ، وفواجع الموت واليتم، والتعرض للعوز وصعوبات الحياة، ومشاعر التهديد كلها تعد مؤشرات خطرة تخلف وراءها عراقيل نفسية مرضية (الحجار، 2002) وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية عندما وصفت هذه الظاهرة بأنها أحد أهم الأسباب التي تؤدي الى الإصابة بالعوق والتشرد والمرض والموت، إذ اشارت الدراسات إن من بين الاعراض النفسية التي تظهر لدى الافراد المعرضين للهزات الأرضية والعواصف والفيضانات هي: القلق الحاد، والاكتئاب الشديد الناجم عن فقد الأحبة، وانعدام الشعور بالأمن، واضطراب ما بعد الضغوط الصدمية الناجمة عن حادثة الهزة، وخوف من المستقبل، وضعف القدرة على التفكير(منظمة الصحة العالمية، 1999). في حين وصفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الأعراض النفسية للافراد المعرضين للهزات الارضية: الشعور بالاكتئاب الشديد، وقلق حاد، واضطرابات النوم، وقلق الموت وتوقعه في أي لحظة، وهياج نفسي، وعدم الراحة (جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2005، ص341) وتشير الدراسات النفسية أن حدوث هذه الأعراض بعد حدوث الكارثة والهزة الأرضية تظهر بما يقارب 75٪ لدى السكان (مبيض، 2006).

بعض النماذج النفسية في تفسير الاضطراب النفسي

1. منظور التحليل النفسي لفرويد:



الشخصية من وجهة النظر الفرويدية هي أسلوب الفرد الذي يستخدمه من أجل تحقيق التوافق (العناني، 2005) وطبقاً لذلك تنطوي ديناميات الشخصية على التفاعلات المتبادلة وعلى الصدام بين الجوانب الثلاثة للشخصية وهي الهو Id وهو الجانب البيولوجي للشخصية، والأنا Ego الجانب السيكولوجي للشخصية، والأنا الأعلى Super Ego ويعكس قيم ومعايير المجتمع، فالهو تحاول دائماً السعي نحو إشباع المحفزات الغريزية ودفاعات الأنا تسد عليها الطريق، وبالتالي لا تسمح لهذه المحفزات والرغبات الغريزية الصادرة من الهو بالإشباع والظهور ما دام هذا الإشباع لا يتسق ولا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع ويتم هذا عندما تكون الأنا قوية، ولكن عندما تكون الأنا ضعيفة وكمية الطاقة المستثمرة قليلة فإن الافراد يلجؤون إلى حيل الدفاع النفسي، ولكن هذه الاساليب ليست هي الحل الدائم مما تنخفض لديهم هذه الطاقة المستثمرة وسرعان ما يقعون فريسة للصراعات النفسية ومن ثم لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين مطالب وحفزات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي (جواد الشيخ خليل، 2002)

2. المنظور السلوكي:

تنظر المدرسة السلوكية إلى السلوك المرضي على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد، فالفرد يتعلم الانماط السلوكية السوية وغير السوية تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي، وعن طريق عمليات الاقتران والتعلم بالملاحظة. فالسلوكيون يعتبرون الخوف المرضي بمثابة استجابة خوف

تستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة، لذا فأن استجابة الخوف هنا استجابة اشتراطية والفرد غير واعٍ بالمثير الطبيعي لها، على سبيل المثال اذا واجه رجل ألم الصدر وأدى الى الشعور بالقلق بينما يتسوق في قسم المبيعات، فمن المحتمل أن يطور الخوف من اقسام المبيعات، ويبدأ بتجنب هذه الاقسام، لأنها ارتبط بينه وبين القلق. فعلى الرغم من أن اقسام المبيعات لا تدعو للخوف، فأن هذا الرجل يخاف منها، لأنها ارتبطت معه في وقت سابق وشكلت لديه القلق حول ظهور نوبته القلبية المحتملة. فضلا عن ذلك يتعلم الافراد وخاصة الطفل الكثير من السلوكات غير المقبولة عن طريق مشاهدة نماذج بيئية كالوالدين والاقران والمعلمين، فقد يتعلم منهم الجنوح وادمان المخدرات والانحرافات الجنسية وغيرها (الزعبي، 2010)

3. المنظور المعرفي:



تقوم النظرية المعرفية على فكرة أن الاضطرابات التي يبديها الناس، إنما هي ناتجة عن طريقتهم في التفكير، ولهذا فهي ركزت على عدم عقلانية التفكير وتشويش الواقع كأسباب أساسية للمرض النفسي، فالنظرية المعرفية ترفض ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور مصدر الاضطراب النفسي، وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية من أن الاضطراب ناجم عن عمليات الاقتران والتعزيز (الزعبي، 2010) بل السلوك الشاذ على حد تعبير عالم النفس المعرفي "بيك " Beck" " ناجم عن طريقة الناس في التفكير حول انفسهم، والاخرين، والعالم، فالعمليات المعرفية المشوهه مثل الاهتمام بانتقاء بعض المعلومات واهمال معلومات اخرى، والتضخيم والمبالغة في المشاعر السلبية، وتوقع الأسوء، او القيام بعزو خاطئ حول الاحداث تمارس دورا مهما في

الانواع المختلفة من الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال: تعتقد امرأة أن يومها في العمل كان سيئا، فإذا هي قالت لنفسها، آه، أن غدا سيكون افضل، هي من المحتمل ستشعر بالارتياح، لكن إذا قالت لنفسها، آه أنا مجرد شخص فضيع، لا مستقبل له (بمعنى أخر: تبالغ في تضخيم مشاعرها السلبية) فأنها قد تصبح مكتئبة. مثال أخر: خسر شاب في لعب الورق، فإذا فكر أنه كان حظه سيء اليوم في لعب الورق، سيشعر بالارتياح. في حين إذا اعتقد أن اصدقاءه الحقراء غشوا عن قصد، فأنه سيصبح عدواني aggressive (Hewstone et.al 2005), لذلك يرى علماء المنظور المعرفي إن الاضطراب السلوكي؛ هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التوافقية، ونشأة واستمرار الاضطرابات النفسية عامة ، وبذلك يعمل هذا المنظور على حث المرضى على استعمال طرق وأساليب حل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم. كما يقوم المعالج عبر هذا المنظور بمساعدة المريض في التعرف على تفكيره الشخصي، وفي تعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته، مما يتيح له الفرص للتعرف على ما اكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرص لتصحيحها وتعديلها (فايد، 2001).

4. المنظور الإنساني:

ظهر هذا المنظور على يد "أبراهام ماسلو Abraham Maslow "و"كارل روجرزCarl Rogers "، ويعتقد ماسلو أن الكائنات الحية البشرية تهتم بالنمو بدلاً من عملها على تجنب الإحباطات أو إعادة التوازن، وعلى هذا الاعتقاد وضع نظريته الشهيرة حول هرم الحاجات الذي تضمن الحاجات (البيولوجية، والنفسية)، إذ يرى ماسلو إن عدم تحقيق هذه الحاجات يمكن أن يؤدي إلى أحداث تهدد وجود الإنسان أو تهدد إنسانيته، ولهذا فأن عدم أشباع هذه الحاجات تولد لدى الفرد الاضطراب والشعور بالقلق. في حين أكد كارل روجرز على

أهمية التطابق بين الذات والخبرة؛ والذات تشير إلى الصورة التي يكونها الإنسان عن نفسه، أما الخبرة فهي التي تنشأ من تقدير وتعامل الآخرين معه، فإن تناغمتا- الذات والخبرة - أصبح الشخص متحرراً من التوتر الداخلي. كما ويرى "روجرز" أن الإنسان يشعر بالاضطراب حين يجد التعارض بين إمكاناته وطموحاته أو بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية وهو تعارض ينشأ في أثناء سعي الإنسان إلى تحقيق ذاته. وباختصار فإن القابلية للشعور بالقلق والعصاب تحدث عندما يكون هناك تعارض بين ما يعيشه الكائن العضوي وبين مفهوم الذات(الزعبي، 2010).

5. المنظور الوجودي:

ومن اهم منظريه رولو ماي وياسبرز ولانج وبنز واجنر، وتعني الوجودية محاولات الشخص أن يحس بوجوده من خلال إيجاد معنى لهذا الوجود ثم يتولى مسؤولية أعماله الخاصة كلما حاول أن يعيش طبقاً لقيمه ومبادئه (Rychman , 1978) ومن ثم فمن لم يستطع أن يدرك معنى الوجود ولم يشعر بالحرية ولا يتحمل مسؤولية اعماله واختياراته، ولا يتقبل نواحي ضعفه او مدركاً للتناقضات فذلك يعني الاضطراب النفسي والصحة النفسية السيئة (العكايشي، 2003).

لذا يظهر الاضطراب النفسي على وفق المنظور الوجودي نتيجة ما يعانيه الفرد من القلق الوجودي الحتمي عن مصاعب الحياة وأزماتها، وبما أن كل فرد يواجه القلق باسلوبه الخاص فقد يصبح القلق لدى البعض نتيجة الدفاعات الواهنة غير التكيفية كبيرا، فيعيق قدرته على أن يحيى حياة مليئة ومبدعة، وأن يصبح قادرا على تحمل مسؤوليته، أو أن تصبح لديه أرداة قويه وحرية الاختيار، وبذلك تبصح لديه صورة مشوهة في التعامل مع الذات والآخرين (ماي ويالوم، 2000)

وهناك خمسة معايير يأتي منها الاضطراب النفسي:

1. عندما لا يستطيع الفرد خلق حالة من الأتزان بين الأشكال الثلاثة

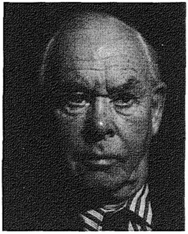
للوجود: الوجود المحيط بالفرد، والوجود الخالص بالفرد، والوجود المشارك في العالم.

2. عندما لا يستطيع الفرد الالتزام بمبادئ الحياة والسعي وراء الأهداف التي يختارها الفرد.
3. عندما لا يكون الفرد قادرا على تحمل مسؤولية حياته.
4. عندما لا تتكامل الشخصية.
5. عندما يختل الشعور الذاتي او ادراك الذات من خلال الارادة (العكايشي، 2003).

وبذلك يشعر المضطرب بإن لا جدوى من وجوده، ويعيش بفرغ وتفاهة في هذا العالم المحبط (الدباغ، 1983) وهذا ما يصفه عالم النفس الوجودي **ماي** على مرضاه، بإن مرضاه كانوا دائما يشعرون بفراغ داخلي، وضعف الاردادة وفقدان قوة السيطرة على الاحداث أو القدرة على القيام بعمل مميز ومؤثر، فضلا عن الشعور بعدم الأهمية والقيمة مما يسبب له الشعور بتهديد وجوده في الحياة، وسيقوده الى المزيد من القلق والخمول والعجز، وهذان (الخمول والعجز) على حد تعبير ماي يولدان العدوانية والغربة وتباعد العلاقات السوية بين الافراد، وضعف التعاطف الإنساني. لذلك فالمرض النفسي كما يعرفه ماي هو حالة غير سوية نجمت عن نظرة الفرد الى نفسه ووجوده في الحياة وفي علاقته مع الآخرين نظرة دونية وعاجزة غير قادرة على العمل والابداع ومواجهة قلق الحياة مما يؤدي به الى الاغتراب والعزلة الشخصية (انجلر، 1990)

وهو ما يصفه **بنز فاجنر** في سيكوباثولوجية الفصام بقوله" إن عالم الفصامى يصير متقلصا ومسطحا، وتسيطر عليه تاما بضع موضوعات متواترة، لقد فقد الفصامى حريته، وصار يوجد ككيان سلبى، خاضع لقوى خارجية، بدلا من أن تحركّه دوافعه الدّاخلية" وهكذا يرى الوجوديون الفصامى شخصا فقد حرّيته حتى طمست معالم وجوده (الخراط، 1988).

6. نموذج التعلق والحماية (الأمن)



طوّر (نموذج التعلق) البثولوجي المرضي من قبل بولباي Bowlby عام 1969، ويشابه هذا النموذج، منظور التحليل النفسي المعاصر، إذ أكد هذا النموذج على العلاقات المبكرة بين الوالد – والطفل ايضا، وكيف أن نماذج الذات والاخرين تنتج وتوجه النمو النفسي، ولكن يختلف هذا النموذج عن التحليل النفسي بأنه لا يهتم بأثر تصورات الناس والاخرين في الخبرات المبكرة، بل يهتم نموذج بولباي بالخصائص الواقعية والفعلية للعلاقات. كما اعتمد بولباي على دراسات ملاحظة الوالدين والابناء في بناء نظريته، بدلا من التقارير التي تهتم باستعادة ماضي الراشدين. لذا فأن نظرية بولباي تمتلك أساس تجريبي قوي عكس نظرية التحليل النفسي. وتقترح نظرية التعلق Attachment theory أن سلوك الوالدين عندما يفشل في جعل الاطفال يشعرون بالامان secure، والارتياح، أو يكون هذا السلوك قادر على تحقيق ثقة الوالدين في أوقات حاجة الطفل، فأن الاطفال سيكونون غير قادرين على تنظيم انفعالاتهم emotions وتكييف حاجاتهم needs adaptively، وسيتطورون بسلبية، وستكون نظرتهم في انفسهم والاخرين غير آمنه. وهذه ستضع الاطفال في خطر بالنسبة لتطوير الاضطرابات النفسية. أن البحوث دعمت فرضيات هذه النظرية، ، ووجدت أن التعلق غير الآمن للطفل والراشد يظهر ويطور الاضطراب أكثر من التعلق الآمن (Dozier, Stovall & Albus, 1999; (Greenberg, 1999.

7. نموذج الاستهداف – الضغط The diathesis–stress model (النموذج التكاملي)

تصف نماذج السلوك الشاذ المذكورة آنفا، والتي تختلف من واحدة الى أخرى، والتي جميعا أقل أو أكثر ملائمة لاضطرابات معينة. أن أكثر

الاضطرابات معقدة جدا، ولا يوجد نموذج واحد يمكنه أن يزودنا بتفسيرات كاملة من بداية ظهورها وحتى تتابعها الى حد الآن. بدلا من ذلك يمكن لجميع النماذج أن تساعد في فهم جانب مختلف من كل اضطراب. لهذا تكون النماذج التكاملية مفيدة. أنت ربما لاحظت أن واحد فقط من النماذج المذكورة آنفا تركز بشكل واضح على عوامل التعلم التي قد تساهم في ظهور السلوك الشاذ. بينما تركز النماذج الاخرى في اللاشعور. على سبيل المثال تقترح النماذج السلوكية أن السلوك الشاذ نتاج خبرة تعلميه learning experiences سابقة، لكنهم لا يذكرون ويسهبون ما هي تلك التجارب بالضبط. على النقيض من ذلك، يزودنا التطور البثولوجي بإطار أكثر تنظيما بالنسبة الى فهم كيف تتطور وتظهر البثولوجيا المرضية من الطفولة childhood الى الرشد adulthood. لذا من المحتمل ان ينتج المرض العقلي mental illness فقط عندما تتجمع العوامل الخاصة سويا. هذه الفكرة هي قلب نموذج الاستهداف – الضغط The diathesis–stress model.

ويقترح نموذج الاستهداف - الضغط كما في الشكل الآتي، يمتلك بعض الناس عامل وراثي لعدم تحمل الضغوط بصورة دائمة (الاستهداف)، لذا فعندما يتعرض هؤلاء الناس لأدنى شكل من الضغوطات او الاجهاد stressor (مثل العلاقة السيئة بين الوالد – والابن، أو النموذج المختل من التفكير بشأن العالم)فسينتج عنه الاضطراب النفسي. رغم ذلك لا يمكن للضغوط stress أو الاستهداف diathesis إن يكون أحدهما كافيا ومسببا في ظهور اعراض الاضطراب، فيجب أن يتواجد هذان العاملان سوية.

الاستهداف / الضغوط	نعم	لا
نعم	اضطراب ؟ لا	اضطراب ؟ نعم
لا	اضطراب ؟ لا	اضطراب ؟ لا

طبقا لهذا الشكل، تنتج البثولوجيا المرضية بشكل أكثر احتمالا عندما يكون الشخص مستهدفا، ويواجه خبرة ضاغطة. أن هذا النموذج يساعدنا على فهم لماذا بعض الناس الذين لديهم نقاط ضعف، مثل الاستعداد الوراثي، يطورون الاضطراب العقلي (Hewstone et.al ,2005)

الفصل الرابع
تصنيف الاضطرابات النفسية



lh.com

4

الفصل الرابع

تصنيف الاضطرابات النفسية

الجذور التاريخية لتصنيف الاضطرابات النفسية



يعود الفضل في ظهور عملية تصنيف الاضطرابات النفسية في العصر الحديث الى الطبيب الالماني اميل كريبلن Emil Kraepelin (1856- 1926)، وذلك عندما أخذ الخط الطبي في التمييز بين الاضطرابات التي تصيب سلوك الإنسان، كما كان من بين الاوائل من نبهوا الى اجتماع بعض اعراض الاضطرابات النفسية في فئات تكفي لتحديد كل من انواع الاضطرابات النفسية. ولكن التصنيف الذي قال به خضع فيما بعد للكثير من التعديل والتغيير بسبب تطور البحوث في الاضطرابات النفسية واكتشاف المزيد من الاعراض المتمايزة، وبسبب تطور التخصص في ميادين العلاج النفسي. وبمرور الوقت تطورت تصنيفات الاضطرابات النفسية، ومن أبرزها كانت التصنيفات الجديدة للجمعية الامريكية للطب النفسي الذي ظهر سنة 1934 وعدل مرات عديدة ومتطورة، وتصنيف منظمة الصحة العالمية (الرفاعي، 1987).

ما هو التصنيف؟

التصنيف بمعناه العام هو تقسيم مجموعه من الأشخاص أو الأشياء إلى أقسام وفئات وفقا لأساس معين كتصنيف المواد الكيميائية مثلا، والتصنيف في علم الصحة النفسية هو إدخال نوع من النظام والترتيب على مجموعه من الاضطرابات النفسية ووضعها في فئات بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من

تعقدها مما يسمح لنا بمزيد من الفهم. والتصنيف هو مجرد وضع كنيه أو اسم للمرض الذي نشعر بوجوده سريريا بالرغم من عدم معرفتنا بأسبابه.انه خطوة أولى من اجل فهم الاضطرابات وبحث أسبابها ووضع خطه لعلاجها.لذلك فأن أغراض التصنيف هي:

1- اختزال الاوصاف السلوكية.

2- توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الإكلنيكين في البحوث والممارسات بصرف النظر عن توجهاتهم النظرية.

3- أنه عمل اساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقليه عبر الثقافات والاعراق والطبقات الاقتصاديه والاجتماعيه المختلفة.

4- وصف اوجه الشبه والاختلاف الهامه بين المرضى السيكاتريين بحيث يؤدي معرفه التشخيص الى معرفه الاعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض (الفايز، 2007).

أنواع التصنيف

ظهرت على مر التاريخ تصنيفات عدة للاضطرابات النفسية، وهذه التصنيفات هي:

أولا: التصنيف الداخلي – الخارجي:

تختلف الاضطرابات النفسية وفق الأسس التي يقوم عليها التصنيف من حيث كون الاعراض داخلية أو خارجية. أما الأعراض الداخلية المنشأ فهي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخواف. وأما الأعراض الخارجية المنشأ وهي التي تكون ظاهرة وواضحة فمنها فرط العرق أثناء القلق أو التصلب الحركي في الفصام.

ثانيا : تصنيف عضوي المنشأ – نفسي المنشأ :

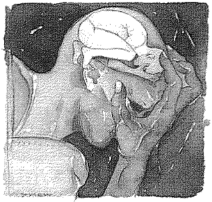
ويقصد بعضوي المنشأ بتلك الاضطرابات التي تحدث نتيجة تغيرات فسيولوجية في الاجهزة الجسمية. وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل داخلية مثل التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي كأورام الدماغ. وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل خارجية مثل العدوى أو التسمم، مثل عدوى الزهري في الشلل الجنوني العام، والكحول في مرض كورساكوف، أو صدمية مثل ضربة على الرأس، وقد يصاحب الأعراض العضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسي، وهذه ما نجده في الامراض الجسمية في الوقت نفسه، ومثال ذلك الاكتئاب.أما الاضطرابات النفسية المنشأ فهي تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعد علامات على محاولة المريض في جهاده ضد مشكلاته (زهران، 1988).

ثالثا : الاضطرابات العصابية – والذهانية :

حاول علماء النفس والاطباء النفسيين ايجاد تصنيف أكثر دقة ووضوحا من السابق، وعلى هذا الاساس صنفوا الاضطرابات النفسية على وفق التحديد الكمي لدرجة الاضطراب ومدى وضوحه ودرجة شدته وتضم الاضطرابات النفسية الخفيفة طائفة واسعة من الاضطرابات التي خضعت تسمياتها العالمية إلى تغيرات كثيرة تبعاً لتطور المعرفة حول هذه الاضطرابات، وهي تضم ما يعرف بالعُصابات neuroses واضطرابات السلوك والشخصية وأنماط مختلفة من السلوك اللا اجتماعي. ولما كانت أعراض هذه الاضطرابات تظهر بدرجات لا تبعد كثيراً عن ما يمكن أن يظهر كذلك في حياة الأسوياء، فإنها لا تصنف على أنها شذوذ أو اضطراب إلا إذا بلغت درجة تتطلب المساعدة النفسية والاجتماعية، أو تلحق الضرر بالنظام الاجتماعي والقيم الاجتماعية. أما الاضطرابات النفسية الشديدة فتشتمل على أعراض لا يمكن ملاحظتها عادة في مجال خبرات الأسوياء من الناس، وتقود إلى تداع شديد في التواصل والتفاعل

الاجتماعيين. ويطلق على هذه المجموعة عادة اسم الذُهانات، أو طائفة الاضطرابات الذهانية، أو الذهانات الداخلية المنشأ، وهي تشتمل على أشكال الفصام المختلفة، والذهانات الوجدانية الدورية أو غير الدورية، أو ما يطلق عليه عامة الناس صفة الجنون (رضوان، 2005). وعلى العموم أن هذا التصنيف ما هو ألا أحد الأوجه السابقة من التصنيفات.

الاضطرابات العصابية



كان مفهوم العصابية يشير في البداية الى تلك الضغوط النفسية التي تسبب الحزن والكرب والقلق للشخص على العكس من الاضطربات العقلية والذهانية التي تؤثر في تفكير الفرد بصورة عامة. وصيغ هذا المصطلح أول مرة على يد العالم وليم كولن William Cullen عام 1776 في القرن الثامن عشر اشارة الى كل الامراض غير الالتهابية للجهاز العصبي والنفسي، في حين ظهرت شهرة هذا المصطلح وشعبيته على يد العالم سيجموند فرويد في مدرسة التحليل النفسي. ويعد العصاب اليوم من الاضطرابات النفسية التي تشير الى القلق والحزن وشدة الضغوط (Ten,2007).

ويشير (رضوان، 2007) إلى أن مفهوم العصاب مر في **اربع مراحل تطورية، وهي:**

- المرحلة الاولى: بدأت بالمفهوم الهستيري وامتدت حتى العالم (شاركوت) الذي تمكن بواسطة التنويم المغناطيسي التغلب على الهستيريا ومعالجتها.

- المرحلة الثانية: وكانت في مساعي فرويد لبناء نظرية في العصابات، ومرحلة قيام العصاب التجريبي من قبل بافلوف.
- المرحلة الثالثة: وتتصف بالاتجاه التحليلي النفسي الذي قام به فرويد واستمرارا الاتجاه التجريبي في العصابات.
- المرحلة الرابعة: وتمتد حتى الوقت الراهن، وتتصف في محاولة الدخول على الاليات الاساسية للعصابات بواسطة الطرق العلاجية الحديثة.

أما تعريف العصاب، فيقصد به:



- Green ,1999: مجموعة من الاضطرابات التي يتعرض لها أي شخص يغلب عليها الطابع الانفعالي والقلقي من دون أن يضطرب تفكير الفرد (كما في الذهان) مما يؤثر على حياته وحياة عائلته والمحيطين به.
- Russon ,2003: اضطرابات وظيفية في الشخصية غير مصحوبة بتغيرات بنيوية في الجهاز العصبي والعقلي، وترافقه الكثير من مشاعر الحزن والقلق.
- Miller ,2003: اضطرابات تتميز بالقلق والسلوك التجنبي، وتشير الى الاعراض التي تزعج الشخص وتسبب له الحزن، ولكن لا تخرجه عن المعايير الاجتماعية العامة، وليس هناك أسباب بيولوجية للمرض.

مفهوم العصاب بين الالغاء والاستعمال

قررت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1980، في التصنيف الأمريكي الثالث لأمراض الطب النفسي، إلغاء كلمة العصاب، نظرا لسوء استعمال الكلمة وكأنها وصمة أو سمة غير حميدة، وكذلك لأنها تتبع مدرسة التحليل النفسي، والتي تؤول الأسباب إلى صدمات الطفولة المبكرة، والذي ثبت عدم مصداقيتها في كثير من الحالات، وقد سبق ذلك شنيدر في عام 1923 حيث لاحظ أن كلمة العصاب تعبير خاطئ لحالات تدل على تفاعل شاذ في الشخصية، ولا تحمل في صفتها أكثر من ذلك، والحق أن معظم الاضطرابات النفسية (العصابية) تتبادل الأعراض، وتختلف صفاتها في المتابعة الطولية، ومن ثم يتغير التشخيص من وقت لآخر، مما يسبب نوعا من الخلط والارتباك. وإذا أخذنا الأسباب والأعراض، والمآل والعلاج في اضطرابات العصاب المختلفة من قلق إلى وسواس إلى اكتئاب إلى هلع ورهاب، وكذلك الاضطرابات التحولية والانشقاقية، نجد أنه يمكن تلخيصها في نوعين:

(1) اضطرابات التأقلم أو التكيف وهي مجموعة من الأعراض، تتميز بظهور أعراض حادة، قصيرة المدى تحت تأثير مشقة أو كرب وتحمل مآلا حسنا.

(2) زملة العصاب العام وتتميز بأعراض متباينة مختلفة، تظهر أحيانا دون وجود مشقة وتأخذ شكلا مزمنا، وأكثر الأعراض انتشارا هو القلق النفسي، والذي كثيرا ما يتحول إلى اضطراب الهلع، ثم يأخذ شكل الرهاب أو المخاوف ثم يصبح أحيانا رهاب الساحة (الخوف من الأماكن المتسعة، وغالبا ما ينتهي بأعراض اكتئابية).

وإذا قبلنا هذا الجدل من الناحية النظرية، إلا أنه من الصعب من الناحية العملية إلغاء لفظ العصاب؛ ولذا فقد أبقى التصنيف العالمي العاشر لسنة 1992 للأمراض والتابع لمنظمة الصحة العالمية على فئة الصعاب تحت عنوان الاضطرابات العصابية المرتبطة بالكرب والجسدية الشكل؟ حيث إنها تشترك في صعوبة الفرد في التكيف مع أحداث وكروب الحياة؛ مما يؤثر على علاقاته الشخصية وإنجازه في العمل، ويشمل العلاج في حالات العصاب العلاج النفسي والسلوكي والمعرفي والدوائي(عكاشة ، 2003)

وتنتشر الاضطرابات العصابية في المجموع الكلي لسكان العالم بنسبة 10٪، أما في البلدان المتقدمة مثل بريطانيا فيصاب كل 135 رجلا من أصل 1000 شخص، في حين في حين تصاب النساء بدرجة أكبر من الرجال بمعدل 194 من أصل 1000 امرأة (ICD,2000). رغم ذلك يعتبر اضطراب العصاب أفضل بكثير من اضطراب الذهان أو الاضطرابات العقلية المنشأ، إذ يلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسن والشفاء مع العلاج المناسب (وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى 90 ٪ أو أكثر). وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيا (حوالي 40 – 60 ٪ من الحالات) حين يحدث تغير في حياة المريض.

أما أعراض العصاب العامة فهي:



1 – القلق الظاهر أو الخفي والخوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتوتر والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والاستجابة الطفلية في مواقف الاحباط، والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب.

2 – اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الانجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.

3 – الجمود والسلوك التكراري وقصور الحيل الدفاعية والأساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع اللاشعوري.

4 – التمركز حول الذات والأنانية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.

5 – بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ (البنا، 2005).

ومن انواع الاضطرابات العصابية:

- القلق المرضي Anxiety disorder.
- الرهابات .Phobic disorders
- الوسواس القهري Obsessive-Compulsive.
- الضغوط ما بعد الصدمية PTSD.
- الاضطرابات التحولية Dissociative disorder.
- اضطرابات جسدية الشكل Somatoform disorder.
- اضطرابات أخرى مثل الوهن العصبي (النوراستانيا) Neurasthenia، وتبدد الشخصية Depersonalization (Wilson,1993).

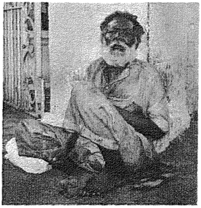
أما أهم طرق علاج العصاب:

1 – العلاج النفسي: وهو العلاج الفعال، ويأتي على رأس القائمة التحليل النفسي، والعلاج النفسي التدعيمي، والعلاج النفسي المركز حول المريض، والعلاج السلوكي، والعلاج الأساسي هو حل مشكلات المريض.

2 – العلاج النفسي الجماعي، والعلاج الاجتماعي وعلاج النقل البيئي.

3 – العلاج الطبي بالأدوية (وخاصة المهدئات) وباستخدام الصدمات (الأنسولين والكهرباء) وعلاج الأعراض (البنا، 2005).

الاضطرابات الذهانية



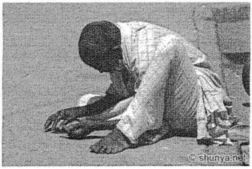
اصطلاح يدل على اضطرابات متنوعه وعميقه وخلل في تفكير الشخص ووجدانه وانفعالاته يغير من نظرته وادراكه للعالم ويؤثر في سلوكه وانتاجه بصورة خطيره ، والذهان يشمل عددا من الاضطرابات التي تتفكك فيها محددات الشخصية ومكوناتها بحيث يعجز الانا على ان يقوم بوظيفته في تنظيم وحده العالم القائم حول الشخص وعلاقته بالواقع وحده. وتسمى حالات الذهان بالاضطرابات العقلية تمييزا لها عن الاعصبه التي تعرف بالاضطرابات النفسية (الفايز، 2005). لذلك تضم هذه الأمراض مجموعة من الاضطرابات العقلية النفسية الشديدة، والتي تتميز بتأثيرها الخطير على الشخصية، بحيث تقعد الشخص عن التوافق مع من يعيشون معه، وعن العمل المنتج، بل غالبا ما يصل الأمر بالمريض لأن يصبح خطرا على نفسه وعلى الآخرين، بحيث يلزم حجزه في المستشفى حماية له ودرءا لخطورته على المجتمع. والمريض هنا يكون إدراكه للواقع مضطربا، بحيث لا يعود يدرك في الواقع ما هو موجود به فعلا، بل ما يدور في ذهنه هو، حتى ليكاد يختفي الفارق بين الواقع والخيال، كالنائم الذي يحلم في نومه بأحداث وكأنها الواقع، بينما هي لا تعدو أن تكون تخييلات لا مقابل لها في الواقع الفعلي المحيط به. وهكذا، قد يدرك الذهاني أخاه الحميم على أنه عدو لدود ينبغي أن يبادر بالقضاء عليه، قبل أن يسبقه أخوه هذا فيقضي عليه، أو قد يرى الذهاني نفسه على أنه مجرم آثم يستحق الإعدام على ما اقترفه من جرائم (وهمية بطبيعة الحال)، فيبادر إلى

تنفيذ حكم الإعدام على نفسه فينتحر، وذلك بسبب شيوع أعراض الهلوسة والهذاء في الأمراض الذهانية (البنا، 2005).

ويعرف الذهان بأنه:

- الرفاعي، 1987: اضطراب عقلي شديد يجعل الفرد غير قادر على ضبط سلوكه والتحكم بتصرفاته والتكيف المناسب مع شروط المجتمع حوله.
- عويضة، 1996: اضطراب نفسي شديد ينتج عنه خلل عقلي يؤدي بالفرد الى فقدان بصيرته وتفكك شخصيته بما يجعله غير واع لما يعاني منه.
- الخالدي، 2000: اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية يعوق نشاط الفرد ذاتيا واجتماعيا ويسبب خللا واضحا في سلوكه.
- غانم، 2007: خلل شديد ودائم في شخصية الفرد يعوقها عن اداء عملها وتوافقها مع المجتمع.

ومن خصائص الذهان أنه:



1. اضطراب واضح في السلوك مثل اهمال الذات والانطواء، واهتمامه باشياء غير عاديةمثل الجهاز التشريحي للنمل.
2. تشويش في محتوى التفكير وأسلوب التعبير عنه.
3. تغير في الوجدان، ويتمثل ذلك في أن انفعالات المريض تتميز بالخلط وعدم الموازنه.
4. افتقاد المريض إلى الاستبصار بطبيعة خطورة المرض. ومن هنا فأن الشخص الذهاني لا يشكو ولا يسعى إلى العلاج، بل يشكو منه المحيطين به وهم اللذين يجبرونه على العلاج.

5. حدوث تغيرات جوهرية في بنية شخصية المريض، واكتسابه عادات وتقاليد وسلوكات تختلف عما كانت قبلها.
6. اضطراب في الادراك مع وجود ضلالات وهلاوس يعتقد بصحتها المريض.
7. البعد عن الواقع بل وقطع الصلة به. وعموما فإن الاضطرابات الذهانية تصيب ما يقارب 5٪ من مجموع السكان(غانم، 2007).

هذا ويصنف العلماء الأمراض الذهانية إلى قسمين رئيسيين:

أ – الأمراض الذهانية الوظيفية Functional Psychosis:

أي الأمراض النفسية المنشأ، وهي الأمراض العقلية الذي لا ترجع إلى أسباب عضوية، وأهم الأشكال الاكلينيكية للذهان الوظيفي هي: الفصام والهذاء (البارانويا)، والاكتئاب، والهوس، وذهان الهوس والاكتئاب.

ب – الأمراض الذهانية العضوية Organic Psychosis:

أي الأمراض الذي يرجع المرض فيها إلى أسباب وعوامل عضوية، وترتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه، مثل ذهان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى، أو عن اضطراب الغدد الصماء، أو عن الأورام، أو عن اضطراب التغذية، أو الأيض أو عن اضطراب الدورة الدموية... إلخ (البنا، 2005).

ويرى علماء نفس الشواذ والاطباء النفسيين ان العلاج المبكر لمرضى الذهان الوظيفي والتعاون التام مع المريض واسرته والفريق العلاجي في متابعة المريض افضل من الذهان العضوي لدرجة أن80٪ من مرضى الذهان الوظيفي يمكن أن يتم شفائهم بين بضعة اشهر على العكس كلما كان العلاج متأخر أو وجود فجوة أو عدم تعاون بين أسرة المريض والمعالج(غانم، 2007).

أما فيما يخص علاج الذهان:

جميع حالات الذهان تعالج في مستشفى الأمراض النفسية، وذلك لما يحدثه الذهان من اضطراب شامل في الشخصية، ولما يؤدي إليه ذلك من سوء التوافق، ولما يصاحبه من نقص في البصيرة. وفيما يلي أهم ملامح علاج الذهان:

1 – العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للذهان، كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك. والعلاج بالصدمات الكهربائية تمهيدا للعلاج النفسي، والتأهيل الطبي النفسي.

2 – العلاج النفسي الشامل والتدعيمي فرديا أو جماعيا. وتعديل السلوك الغريب أو الشاذ وتحقيق السلوك العادي بقدر الإمكان، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الأسرة.

3 – العلاج الاجتماعي وإعادة التطبيع والاندماج الاجتماعي وإعادة التعليم الاجتماعي، وتشجيع التفاعل الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية. والعلاج البيئي والتدخل المباشر في تعديل البيئة. والعلاج بالعمل.

4 – الجراحة النفسية (كحل أخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية) وذلك بشق مقدم الفص الجبهي حتى يقل الإجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية (البنا، 2005).

الفرق بين العصاب والذهان

ويمكننا الآن بعد إلقاء الضوء على ماهية كل من العصاب والذهان أن نوضح الفروق السيكولوجية الجوهرية بينهما مع التوضيح بالأمثلة:

المحدد	الاضطراب النفسي(العصاب)	المرض العقلي (الذهان)
من حيث الشخصية	تظل الشخصية في المرض النفسي متماسكة وسليمة، ويشترك جزء من هذه الشخصية في النزاع أو قد تتغيير هذه الشخصية تغيرا جزئيا كميا، وهذا ما نراه واضحا في الهستيريا الإنشقاقية، حيث يحدث انشقاق مؤقت في السلوك العادي، ويظهر الإزدواج في الشخصية والتعدد.	أما إذا نظرنا إلى المرض العقلي، فنجد أن شخصية المريض مفككة ومشوهة ومنغمسة كلها في النزاع، وتتغير تغيرا جذريا، وهذا التغير يكون كميا شديدا أو تغيرا كيفيا ملحوظا إلى أسوأ أو تفككا، ويصبح المريض غريبا عما كان يعرف قبل المرض، حتى أنه يصبح مغتربا عن ذاته، وهذا ما يعرف باختلال الأنية، واضطراب الكيان الإنساني، وهو ما يميز مرضى الفصام.
من حيث الإتصال بالواقع	إن المريض النفسي تظل صلته بالواقع سليمة نسبيا، ولا يفقد صلته به، على الأقل م الناحية الشكلية، أي أنه يظل على علاقته بالآخرين، وعلى اتصاله الدائم بهم، ومن هؤلاء المرضى، مرضى الرهاب(المخاوف المرضية)، إذ أنهم يسقطون مخاوفهم الداخلية على العالم الخارجي، وهذا دليلا على اتصالهم بالواقع وأهمية هذا الواقع بالنسبة لهم.	أن المريض العقلي تضطرب صلته بالواقع اضطرابا تاما وبالغا، إذ أن عالم الواقع يصبح عالما غريبا عنه، حيث يسحب المريض كل طاقته الليبيدية من هذا الواقع (العالم الخارجي) ومن الآخرين ويستثمرها في الذات، وهذا ما نطلق عليه الذاتوية Autism، ونجدها لدى مرضى البارانويا، والفصام البارانوي، نظرا لتضخم الذات لديهم.

المحدد	الاضطراب النفسي(العصاب)	المرض العقلي (الذهان)
من حيث المظهر العام	يحافظ المريض على مظهره	يتدهور المظهر العام عادة
من حيث السلوك العام	يظل في حدود الطبيعي، أو تظهر فيه بعض الغرابة المعقولة	قد تظهر تصرفات بدائية (كالتبول والتبرز على ملابسه) (نتيجة لعملية النكوص الشديد لاسيما في الحالات المتأخرة)
من حيث الكلام	لا يتغير تغيرا ملحوظا	قد يتشتت الكلام، وقد ينعدم أو يصبح لغة جديدة خاصة بالمريض
من حيث التفكير	يعتبر التفكير لدى المريض النفسي إلى حد ما سليما إلا في حالات نادرة، ولو نظرنا إلى محتوى التفكير لدى المريض النفسي، يظهر في صورة وساوس وانشغال ، ونجد هذه الوساوس بوضوح لدى مرضى الوسواس القهري.	يعد تفكك التفكير لدى المريض العقلي واضحا وشديدا ، ومضطربا تماما وخاصة لدى الفصاميين، حيث أننا نجد أن التعبير عن التفكير يظهر على هيئة عدم الترابط بين الأفكار، أي تطاير الأفكار، وكذلك صعوبة المعنى بسهولة والدخول في تفاصيل تافهة، وبالنسبة لاضطراب مجرى التفكير فيظهر في صورة توقف التفكير أثناء محادثته ثم يبدأ الكلام في موضوع آخر أو قد يكون ضغط الأفكار، حيث يشكو المريض من إزدحام رأسه بأفكار متعددة، لكنه يعجز عن التعبير عنها، أما بالنسبة لاضطراب التحكم في التفكير، فيعبر عن نفسه بسحب الأفكار أو إدخال الأفكار، أو إذاعة وقراءة

المحدد	الاضطراب النفسي(العصاب)	المرض العقلي (الذهان)
		الأفكار، وبالنسبة لمحتوى التفكير فنجد المريض العقلي يقع أسيرا لضلالته ومنها ضلالات الاضطهاد وضلالات العدمية... إلخ وتوجد أيضا مثل هذه الضلالات لدى مرضى الاكتئاب الذهاني.
من حيث الهلاوس	لا توجد (أو نادرا جدا ومؤقتة)	موجودة بأنواعها
من حيث الوجدان	فإنه لدى المريض النفسي غير مضطوب وعادي، وإن تغير فإن تغيره خفيفا، ويحتفظ بطابعه العادي، لكننا نجد هذا التغير في كل من الاكتئاب التفاعلي وكذلك القلق	الوجدان لدى المريض العقلي مضطربا بصورة بالغة، فمن حيث قوة الإنفعال فإننا نجد التأخر في الاستجابة الانفعالية ثم تبلد الانفعال وبعدها يصبح المريض في حالة تجمد إنفعالي Blunting، ويظهر فيما بعد عدم التناسب الإنفعالي. أما بالنسبة لشكل الانفعال فتكون هناك الذبذبات الانفعالية المستمرة والمتكررة، ثم ياتي بعد ذلك عدم التجاوب الانفعالي، حيث يصعب على المرضى إيجاد نوع من الألفة مع الآخرين، وهذا كله ما يميز مرضى الاكتئاب الذهاني وكذلك الهوس، إذ أن هذه الأمراض هي اضطراب في الوجدان بالدرجة الأولى.
من حيث الاستبصار	نجد المريض النفسي يكون مستبصرا بمرضه وذلك لأنه يأتي إلى الطبيب المعالج ويشكو من	نجد المريض العقلي غير مستبصر، وذلك إذا ما سألناه مما يشكو ؟ فإنه يجيب بأنه لا يعاني من شيء،

المحدد	الاضطراب النفسي (العصاب)	المرض العقلي (الذهان)
	مشكلة معينة أو معاناه يريد التخلص منها... أي يحس بأن هناك تغير مفاجئ، جعله يحس بأنه ليس كما كان في السابق. ومن أمثلة هؤلاء المرضى، مرضى الوسواس القهري، الذين يعانون من فكرة معينة أو طقس معين يسيطر عليهم، ويحيل حياتهم إلى جحيم، مع ان المريض يعرف جيدا أن ما يقوم به هو شيء تافهة في حد ذاته....	وهو ليس بمريض، وهذا يدل على أنه غير مستبصر بمرضه.. وهذا ما يميز مرضى الفصام.
من حيث محتوى الشعور	لا يظهر في سلوك المريض بصورة واضحة، ولكنه يؤثر على تصرفاته بطريق غير مباشر لاستمرار الكبت والمقاومة.	قد يظهر بصورته الشاذة في سلوك المريض، لانتفاء الكبت والمقاومة.
من حيث الإدراك	بالنسبة للمريض النفسي فإن الإدراك يكون عاديا ولا توجد أية أوهام أو خداعات أو أي هلوسات، وهذا ينطبق على كل الاضطرابات النفسية.	بالنسبة للمريض العقلي تظهر لديه الهلوسات والخداعات وكذلك الأوهام، حيث تظهر في معظم الأمراض العقلية كالاكتئاب الذهاني والبارانويا، فنجد الهلاوس المرئية والشمية Tactile والسمعية والبصرية... إلخ، وإذا لم يصرح المريض بذلك فإننا نستدل على هذه الهلوسات من خلال الحديث معه أو الشكوى.
من حيث الإرادة	نجد أن المرضى النفسيين غير مسلوبي الإرادة تماما، وذلك لأننا نقصد بهذه الإرادة هى مقدرة الفرد على اتخاذ قرار	لكن الإرادة في المرض العقلي تكون مسلوبة تماما، وتكون هنالك السلبية المطلقة في

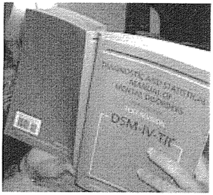
المحدد	الاضطراب النفسي(العصاب)	المرض العقلي (الذهان)
	معين (ونحن نعرف جيدا أن الإنسان هو صانع قرار نفسه) فقد يكون هنالك اضطراب إلى حد ما في هذه الإرادة وهي ما تعبر عن نفسها في صورة تردد مثل مرضى الوسواس القهري وأصحاب الشخصية الوسواسية.	التصرفات، واضطراب الإرادة موجود لدى معظم الأمراض العقلية عامة، والفصام بشكل خاص.
من حيث الدفاعات (الحيل الدفاعية)	فنجد في المضطرب نفسيا أن الدفاعات بأنواعها تعمل بوضوح، وأن كل مرض نفسي له ميكنزم رئيسي، ونجد أن الكبت يكون نشطا، فلا يظهر محتوى اللاشعور بطريق مباشر، وذلك لاستمرار الكبت والمقاومة، وهذا ما ينطبق على معظم الأمراض النفسية.	أما في الذهان فنجد أن الدفاعات محطمة تماما، فتضعف علميات الكبت، ويتقبل الأنا الرغبات المكبوتة دون نقد، ويظهر محتوى اللاشعور في سلوك المريض، ونجد أن النكوص يكون شديدا، وقد يصل إلى المستوى الطفلي أو البدائي من العمر.
من حيث العلاج	فإننا نجد أن المرض النفسي لا يحتاج إلى إيداع المريض بمستشفى الأمراض النفسية، ويكون العلاج النفسي على وجه التقريب هو العلاج الفعال، وهذا ما يصدق على مرض الهستيريا بأنواعها ولاسيما التحولية.	أما بالنسبة للأمراض العقلية فيحتاج الذهاني إلى الإيداع بمستشفى الأمراض النفسية، ويكون العلاج متعدد، إذ قد يمارس العلاج النفسي الطبي، وكذلك العلاج الاجتماعي، وغيرها من أنواع العلاج الفعال.
من حيث مآل ومصير المرض	الأمراض النفسية بشكل عام يمكن التحسن فيها بإعطاء العلاج المناسب، ولاسيما الاكتئاب التفاعلي وفي الهستيريا.	أما في الذهان، فإذا كانت الحالات مبكرة، وإذا كان العلاج مناسب، فإن التحسن ممكن، ولكن النكسات محتملة، مثل الذهان الدوري (هوس – اكتئاب).

(البنا، 2005)

رابعا : التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية :

يوجد حاليا تصنيفان مهمان يعتمد عليه المختصين النفسيين في تعرف وتشخيص وتحديد الاضطرابات النفسية ، وهما :

الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية



الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الاختصار العلمي (DSM) وهو دليل تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية ، ويعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص الاكتئاب والفصام واضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات ، ويستعمل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في جميع أنحاء العالم من قبل الاطباء والباحثين ، فضلا عن شركات التأمين وشركات الادوية وصانعي السياسات وقد ظهر هذا التصنيف لأول مرة عام 1934 ، ثم أُجريت عليه عملية تعديل وتنقيح عام 1968 ، ثم أُجريت عليه عملية تعديل أخرى عام1980 (Dalal & Sivakumar,2009). إلا أن أخر اصدار للجمعية كان عام 1994 في نشرتها الرابعة ، وقد انتظمت به الاعراض النفسية والعقلية في عدد من المحاور والتنصنيفات ، وهي:

أولا : المحاور، وهي كالآتي :

- المحور الاول: يتضمن كل الفئات المرضية ما عدا اضطرابات الشخصية التي تنتظم داخل المحور الثاني ، لذا المحور الاول والثاني ينتظم داخلهما تصنيف السلوك الشاذ ، وينفصل المحور الاول والثاني للتأكد من وجود اضطرابات لمدة طويلة على سبيل المثال - الشخص الذي يتعاطى

هيروين يمكن ان يصنف تحت المحور الاول، وعند الاستمرار في التعاطي لمدة طويلة يصنف تحت المحور الثاني.

- المحور الثاني: ويندرج تحته اضطرابات الشخصية، ذلك لأن شخصيته تكون مضادة للمجتمع.
- المحور الثالث: يندرج تحته مؤشرات كلينكية للاسباب الطبية والتي يعتقد انها تتعلق بالاضطراب العقلي، مثل السلوك الشاذ المصاحب لمرض البول السكري
- المحور الرابع : ويتضمن المشكلات السيكواجتماعية والبيئة التي تساهم في الاضطراب وتشتمل المشكلات المهنية والاقتصادية، وصعوبات التفاعل الشخصي مع اعضاء الاسرة، ومشكلات متنوعة في المجالات الحياتية الاخرى.
- المحور الخامس: و يتضمن مؤشرات كلينكية، و النشرة للمستوى الحالي لأداء الشخص التكيفي في مجالات الحياة المختلفة والعلاقات الاجتماعية والاداء المهني وشغل وقت الفراغ.

ثانيا : نظام التصنيف المتعدد المحاور:

ويتضمن هذا النظام عدد من المحاور، وهي

- **المحور الاول: يتضمن الزملات - الاعراض - المرضية الأتية: -**

1. اضطرابات تشخص عادة في الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة والمراهقة.
2. اضطرابات الوعي (الهذيان) كأختلال العقل والنسيان والاضطرابات المعرفية.
3. اضطرابات متعلقة بالتعاطي.
4. الفصام والاضطرابات الذهنية الاخرى

5. الاضطرابات المزاحية.

6. اضطرابات القلق .

7. اضطرابات التفكك (انفصالية)

8. اضطرابات جنسية .

9. اضطرابات الاكل .

10. اضطرابات النوم .

11. اضطرابات ذات شكل الجسمي .

12. اضطرابات التحكم الاندفاعي التي لاتصف في موضع آخر .

- **المحور الثاني: ينتظم تحته اضطرابات الشخصية وهي: -**

أ. الشخصية البارنويدية .

ب. الشخصية الفصامية

ج. الشخصية شبة الفصامية .

د. الشخصية المضادة للمجتمع .

هـ. الشخصية البينية .

و. الشخصية الهسترية .

ز. الشخصية النرجسية.

ح. الشخصية التجنبية .

ط. الشخصية المعتمدة .

ي. الشخصية الوسواسية .

- **المحور الثالث: يتضمن الشروط الطبية العامة .**

- **المحور الرابع: يتضمن المشكلات السيكواجتماعية والبينية وهي:**

أ. مشكلات ترتكز على الجماعة (علاقة الطفل بالوالدين).

ب. مشكلات تتعلق بالبيئة الاجتماعية .

ج. مشكلات بالبيئة التعليمية .

د. مشكلات مهنية .

ه. منزلية .

و. اقتصادية .

ز. مشكلات خاصة بخدمات الرعاية الصحية .

ح. مشكلات تتعلق بالتعامل مع النظام القانوني.

ط. مشكلات سيكواجتماعية أخرى .

- **المحور الخامس -:يتضمن مقياسا لتقدير الأداء الاجمالي للفرد:** وذلك باعتبار ان الاداء النفسي والاجتماعي والمهني يقع على متصل الصحة / المرض العقلي، ولا يتضمن هذا المقياس الخلل في الاداء كمؤشر لمحددات بينية او اجتماعية. ويشتمل على المستويات الآتية -:

1. المستوى الأول: (91/100) أداء الفرد جيد على مستوى واسع من المناشط المختلفة، و يتحكم في المواقف الحياتية ويلجاء اليه الآخرين في احتياجتهم (أي ان الفرد به العديد من الخصائص الإيجابية ولكن لديه اعراض مرضية).

2. المستوى الثاني: (81/90) يوجد لدى الفرد الحد من الاعراض (قلق معتدل مثل قلق الامتحان)، وأداء جيد في كل المجالات، له اهتمامات وينغمس في مدى واسع من المناشط، وله تأثير اجتماعي يكون فيه راضي عن الحياة، ولا توجد لديه الا المشكلات العرضية .

3. المستوى الثالث: (71/80) توجد اعراض مرضية ولكن عابرة ومتوقعه كردود فعل للانعصابات السيكواجتماعية وهي ليست من خلل بسيط في الاداء الوظيفي والاجتماعي او المدرسي .

4. المستوى الرابع: (61/70) يوجد بعض الاعراض المعتدلة المستوى مثل مزاج اكتئابي وقلق أو ارق معتدل أو بعض الصعوبات في الاداء الاجتماعي أو المهني أو الدراسي (الشرود المؤقت.. الشرود الدائم - السرقة (ولكن الإداء جيد بدرجة ما).

5.المستوى الخامس: (51/60) توجد اعراض مرضية بدرجة متوسطة مثل عاطفة سطحية، وهلع مفاجئ، أوصعوبات متوسطة في الاداء الاجتماعي أو المهني أو المدرسي (عدم وجود اصدقاء وعدم القدرة على الالحتفاظ بالعمل).

6.المستوى السادس: (41/50) توجد اعراض شديدة مثل التفكير الانتحاري، والسلوكيات القهرية، أو أي خلل شديد في الآداء الاجتماعي أو المهني أو المدرسي.

7. المستوى السابع:(31/40) يوجد بعض الخلل في مستوى الاتصال بالواقع مثل حديث لامنطقي أو مبهم أو غير متناسب، أو خلل شديد في مجالات كثيرة مثل العمل أو المدرسة او العلاقات الاسرية، وفي الحكم على الامور والتفكير والمزاج(شخص مكتب مبتعد عن الاصدقاء)، أهمال الاسرة، عدم القدرة على العمل، ضرب الطفل المتكرر للاطفال الاصغر سنا .

8. المستوى الثامن: (21/30) تأثر السلوك بدرجة كبيرة بالضلالات والهلاوس، والخلل الشديد في التواصل والحكم) الانشغال بإفكار انتحارية، وأنفعال وتصرفات غير مناسبة" مخجلة"، وضعف القدرة على الإداء في معظم مجالات الحياة كقضاء اليوم في السرير بدون عمل.)

9. المستوى التاسع: (11/20) توجد خطورة في الاعراض كالاضرار بالذات والآخرين، مثل المحاولات الانتحارية مع التوقع الغيرمنطقي للموت، التهيج والعنف " النهيج الهوسي "وعجز من حين لآخر عن الاحتفاظ بأدنى حد من الصحة الشخصية والبدنية مثل التلوث بالبراز، والخلل الزائد في التواصل الاجتماعي مثل التفكك او الصمت الدائم .

10. المستوى العاشر: (1/10) الخطر الدائم من الاضرار الشديد بالذات والاخرين كالعنف المتكرر او عدم القدرة التامة بالاحتفاظ بالحد الادنى من الصحة العامة (الفعل الانتحاري الجاد). (الخليل، 2010).

التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة



هو تنصيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره، واختصاره العالمي ICD، و يتم فيه تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل شِفرات تتكون من 6 أرقام. فكل مرض (أو مجموعة الأمراضِ ذات العلاقة) موصوف بكود (رمز) فريد. – ويستند هذا الدليل على احصاءات الوفيات والمرضى. وينشر بشكل دوري كل 10 سنوات. – وهو حالياً في طبعتِه العاشرة، المعروفة بالتصنيفِ الدوليِ للأمراضِ ICD-10. – وهذا التصنيف مترجم إلى 42 لغة، ويوجد عنه إصدارات معدلة حسب احتياجات الدول.مثل: كندا واستراليا وروما والفلبين..وغيرها.ويحتوى ICD-10 ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: التصنيف الأساسي.

الجزء الثانى: دليل الاستخدام.

الجزء الثالث: الفهرس الأبجدي (Mezzich,2002).

على العموم تصنف الاضطرابات النفسية في المراجعة العاشر على وفق أخر تصنيف والصادر عام 1992 كالآتي:

1- الاضطرابات العقليه والسلوكية (الخرف بانواعه...)

2- الاضطرابات التي تظهر بسبب استعمال العقاقير (التسمم الحاد..)

3- الفصام.

4- اضطرابات المزاج (الهوس – اضطراب وجداني ثنائي القطب)

5- اضطرابات عصابية (مخاوف – وسواس..)

6- ظواهر سلوكية تتصل باضطرابات فسيولوجيه وجسمية واضطرابات الأكل

7- اضطرابات النوم التي لا تتصل بامراض عضوية مثل ارق لاعضوي..

8- اضطراب الوظائف الجنسية الذي لا يتصل بامراض عضويه

9- اضطرابات عقليه وسلوكية في مرحلة النفاس

10- اضطرابات غير مصنفه في مكان اخر

11- اساءه استعمال عقاقير لا تسبب الادمان

12- اضطرابات الشخصية عند البالغين

13- اضطرابات شخصية خاصه مثل الشخصيه السيكوباتيه...

14- اضطرابات شخصية تختلط فيها الاعراض

15- تغيرات مستديمه في الشخصية لا ترجع الى اصابات:تغيرات بعد كوارث

16- اضطراب العادات: اضرام النار والسرقه المرضيه

17- اضطراب تحديد الهوية الجنسية

18- اضطرابات في التفضيل الجنسي

19- اضطرابات خاصه في التطور والميول الجنسية

20- اضطرابات اخرى في الشخصية والسلوك

21- التخلف العقلي :بسيط....

22- اضطرابات النمو النفسي خاصه في الكلام واللغة

23- اضطرابات انفعالية وسلوكية تبدأ في الطفولة والمراهقة مثل اضطراب فرط الحركه والنشاط الزائد (الفايز، 2007)

الفصل الخامس

تشخيص الاضطرابات النفسية

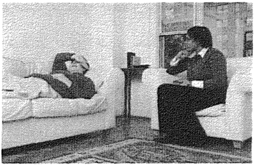


5

الفصل الخامس

تشخيص الاضطرابات النفسية

معنى التشخيص النفسي



يقصد بالتشخيص في الطب: معرفة كم وكيف المرض الذي يعاني منه المريض وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة ثم اطلاق اسم مرض معين على نوعية الأعراض والتشخيص في الطب العقلي وفي علم النفس عملية مشابهة حيث يمكن استنتاج الأسباب ووضع اسم معين على كل مجموعة مترابطة من الأعراض (الرواف، 2010) في حين يشير مصطلح التشخيص النفسي إلى ذلك الجهد الذي يبذله السيكولوجي من أجل التوصل إلى تحديد ووصف للخصائص الثابتة والعامة نسبيا لشخصية الفرد. وغالباً ما يكون الهدف الذي تُنفذ عملية التشخيص النفسي لتحقيقه هي الموجه الهادي للسيكولوجي لانتقاء الخصائص الهامة والجوهرية التي يضمنها تشخيصه، وذلك من بين الكم الهائل من البيانات والمعلومات المتعلقة بالفرد، والتي يجدها السيكولوجي في متناوله (الصبي، 2011). وتنحدر التسمية العربية لمفهوم التشخيص إذا ترجم حرفياً من لفظين: تشخيص الشخصية، وإن كلمة الشخصية استبعدت نظراً لثقلها على السمع، وأنه كان من الممكن استخدام مصطلح تقويم الشخصية لولا أن هذا قد ينطوي على تغيير المعنى الذي يقصده المؤلف الأجنبي. لذا فالتشخيص أصلاً مصطلح طبي أستخدم في علم نفس الشواذ حين كان الاتجاه الطبي سائد وبقي مستعملا ما بعد ذلك رغم محاولة البعض لاستعمال مصطلح آخر من قبيل التقويم والتقدير. على أي حال، يرتبط مصطلح

التشخيص به بمصطلح الشخصية ارتباطاً وثيقاً، حتى أنه مشتق منه لغويا، وفي هذا دلالة على أن التشخيص عملية تتعلق بشخصية الإنسان، تتضمن التعرف على هذه الشخصية واستكشاف خباياها وتحديد خصائصها ووصفها وصفاً دقيقاً واضحاً. وهذا يعنى - خلافاً للرأي الشائع - أن عملية التشخيص النفسي لا تقتصر على التعامل مع حالات المرض، وإنما هي أداة السيكولوجي للتعرف على الجوانب السوية أيضاً في شخصية الفرد، كما أنها تصلح للتعرف على طبيعة الفرد لأغراض أخرى خلاف العلاج، كالتأهيل أو التوجيه المهني على سبيل المثال (عطية، 2003).

تعريف التشخيص

وهكذا يمكن تعريف التشخيص النفسي على أنه ((تلك العملية التي يقوم بها السيكولوجي، ويهدف من خلالها جمع البيانات والمعلومات عن الفرد ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من أن يرسم صورة متكاملة لشخصية هذا الفرد، وتتضمن وصفاً دقيقاً لقدراته وإمكاناته، ومشكلاته وأسبابها وذلك بهدف وضع تصور أو إستراتيجية معنية لخطة عمل تلائم تنفيذها مع هذا الفرد)) (عطية، 2003) أو هو الفن أو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع الاضطراب، لذا فالتشخيص عملية معقدة تتم عن طريق الفحص النفسي الطويل (زهران، 1988). في حين يعرف (الفايز، 2007) التشخيص بأنه عملية جمع معلومات عن المريض ثم تحليلها وتنظيمها بغرض فهمها ووضع الخطة العلاجية المناسبة، ويتطلب التشخيص فهم كامل للمريض في اطار نظريتين:

- نظرية رأسية: وهي دراسة مراحل نمو الشخص وارتقائه منذ ان كان جنينا حتى اللحظة الحالية التي نتعامل معه وذلك من مختلف الجوانب الجسمية والطبية والانفعالية والاجتماعية والتربوية
- نظرية أفقية : وهي دراسه التأثير المتبادل بين الفرد وبيئته الداخلية والخارجية للتعرف على حالات سوء التكيف والاعراض عنده.

كما ويعرف (نيازي، 1999) التشخيص بأنه العملية التي يتم من خلالها تحديد مشكلة معينة سواء كانت مشكلة طبية أو نفسية أو اجتماعية، والتعرف على أسبابها، ووضع خطة لعلاجها .وهي وظيفة رئيسة من وظائف المختص النفسي في المجال المرضي بجانب وظيفتي الدراسة والعلاج.



وبهذا يمكن القول بأن التشخيص هي عملية مهنية تتطلب جمع معلومات محددة عن العميل (المضطرب) (سلوكياته، وخصائصه الفريدة، وقدراته، وأداءه الفكري..الخ)بهدف الاستفادة من كل ذلك في تحديد سلوكياته، أو توجيهه نحو وظيفة أو مهنة معينة، أو وصف خصائصه الشخصية، أو لاختبار أساليب علاجية محددة، أو للتعامل مع مشكلاته وحلها، أو لاتخاذ قرار بشأن حاجاته المؤسسية، أو للخروج بصورة واضحة عن مشكلاته، أو لمراقبة عوامل رئيسة في البحوث النفسية (التويجري، 2011).

ولكن التشخيص فى علم نفس الشواذ والطب النفسى يختلف اختلافا جوهريا عن التشخيص فى الاضطرابات الجسمية، وبما أن التشخيص هو من الناحية الفنية عبارة عن توضيح العوامل الديناميية والمسببة فأنه يحتاج إلى المنهج الشامل وتضافر الجهود الطبيبة والنفسية والارشادية والاجتماعية . رغم ذلك التشخيص ليس بالأمر السهل، ويجب الحرص وتوخى الدقة لأن الخطأ فى تشخيص حالة الفرد يعد أمرا يغير مستقبل حياته (سهير كامل ، 2002).

أهمية التشخيص النفسي

- عن طريق التشخيص يمكن تحديد نوع المشكلة وأهميتها ومدى خطورتها
- عن طريق التشخيص المبكر تكون فرصة العلاج أفضل

- يمكن نقل كم هائل من المعلومات من خلال تشخيص واحد.
- يساعد في تحديد أنواع العلاجات التي يحتمل أن تكون لها فعالية أكثر من غيرها (الرواف، 2010).

هدف التشخيص



يهدف التشخيص في علم نفس الشواذ إلى :

- فهم شخصية المريض.
- الوقوف على نواحي قوته ونواحي ضعفه.
- تحديد اضطراب الشخصية التي تؤثر على سعادته وهنائه وكفايته وتوافقه النفسي والاجتماعي.
- فهم اسباب الاضطراب وفهم حياة المريض الحاضرة والماضية (زهران، 1988).

في حين يحدد (الرواف، 2010) أهداف التشخيص بالآتي:

- تحديد العوامل المساعدة للاضطراب.
- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.
- الكشف عن الاستجابة للاضطراب.
- تقويم درجة العجز العضوي والوظيفي.
- تقدير درجة الاضطراب في مداه وعمقه.
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد الأسس التي يبنى عليها اختيار منهج علاجي معين.

وعلى هذا فإن عملية التشخيص تهدف إلى تكوين صورة واضحة عن المفحوص موضوع الدراسة بقصد تقديم المساعدة أو الخدمة النفسية ووضع برنامج علاجي بشأن الحالة المشخصة (الرواف، 2010).

شروط ومبادئ التشخيص

وهي كالآتي :



- يجب أن تتم عملية التشخيص من قبل متخصصين مؤهلين وحاصلين على شهادات في علم نفس الشواذ ولديهم رخص في العمل.
- يجب أن يتم جمع المعلومات التشخيصية من مصادر متنوعة مثل الأسرة، والاقران، والمعلمين، وارباب العمل.
- يجب الحصول على موافقة ولي الأمر خطياً بالنسبة للمضطربين الفاقدين للبصيرة – بعد إشعاره رسمياً – على إجراءات التشخيص.
- يجب المحافظة على سرية معلومات القياس والتشخيص.
- يجب أن تكون المقاييس والأدوات المستخدمة مناسبة وملائمة، وأن تكون تعليماتها واضحة للمضطرب.
- يجب استعمال أساليب وأدوات متنوعة.
- يجب أن تكون الاختبارات والمقاييس الرسمية مقننة تتصف بالصدق والثبات.
- عدم الاكتفاء بنتائج مقياس واحد عند تحديد أهلية الفرد لخدمات العلاج النفسي.
- يجب أن يوضع المشخص تحت الملاحظة – عند الحاجة –وذلك بغرض التحقق من صحة نتائج القياس والتشخيص (الروسان، 1999).

اخلاقيات التشخيص

1. يتقبل المختص النفسي العميل (المضطرب) كما هو من دون إبداء نقد أو

تعنيف أو انفعال أو انزعاج أو استنكار لما يعبر عنه أو يصدر منه.

2. يلتزم المختص النفسي بمناقشة مرضاه عن طبيعة البرنامج العلاجي والأجر وطريقة الدفع، مع مصارحتهم بحدود إمكانياته من دون مبالغة.



3. يلتزم المختص النفسي بجدول المواعيد الخاصة بطالب العلاج.

4. إذا كان المختص النفسي المشارك في العملية العلاجية متدربا أو مساعدا، أو كان المعالج أستاذا يعاونه طلاب فيجب إبلاغ المضطرب بهذه الحقائق.

5. يحصل المختص النفسي على موافقة خطية واضحة من المضطرب أو أحد افراد أسرته على كافة الإجراءات العلاجية والمقابل المادي.

6. يتأكد المختص النفسي من خلو المضطرب من أي مرض جسمي أو ذهان عضوي قبل قبوله للعلاج، وفي حالة الشك يجب تحويله إلى الأطباء المختصين أو الاستعانة بهم في العلاج.

7. عند استخدام المختص النفسي للعلاج الجماعي أو الأسري فعليه تحديد المريض والمعاونين، ويعمل على التوفيق بين العلاقات الأسرية بما يعيدها إلى طبيعتها، ولا يدعو إلى الانفصال إلا في حالة الضرورة.

8. على المختص النفسي إنهاء العلاقة العلاجية مع المضطرب في حالة إنجاز الأهداف المتفق عليها أو في حالة عدم استفادة العميل من العلاج، وعليه نصح العميل بطلب العلاج من جهة أخرى، ويتحمل المختص المسؤولية كاملة في تقديم كافة التسهيلات اللازمة.

9. على المختص النفسي التعاون مع زملائه في فريق العلاج لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه للعميل.

10. يقتصر تسجيل المعلومات عن المريض في حدود الهدف العلاجي، ولا يتجاوز ذلك إلى معلومات لا تفيد العملية العلاجية(التويجري واخرون، 2011).

أدوات التشخيص

إن الوصول إلى تشخيص صحيح يعتمد بدرجة كبيرة على مجموعة الأدوات التي يستعملها المختص النفسي في جمع البيانات والمعلومات المطلوبة، وقد حددت هذه الأدوات المهنية في تصميم وإجراء أدوات القياس النفسي، وإجراء المقابلات الإكلينيكية المقننة، والملاحظة المنظمة لتصرفات المريض وأسرته وأصدقائه، وتفحص البيئة والظروف الراهنة التي يعيش فيها الفرد يوميا (نيازي، 1999) وهذا ما تشترطه الجمعيات والنقابات النفسية المهنية، فتشترط **الجمعية البريطانية النفسية** من الاختصاصيين النفسيين في مجال الاضطرابات النفسية أن يكونوا على وعي بنظام محدد للتشخيص .وأن يكون الأختصاصي النفسي على علم ودراية بأساليب التقدير المتعددة كالمقابلة والملاحظة والاستبيان ومقاييس الترتيب والتقدير الذاتي والأساليب الإسقاطية، وأن يكون على علم بمزايا هذه الأساليب وعيوبها، وأن يكون على معرفة بفنيات المقابلة وأساليبها وكيف تؤثر على العلاقة بالمضطرب، وأن يكون على وعي بحدود قدراته المهنية، وأن يكون على وعي بمهامه ومسؤولياته تجاه المريض فيما يتعلق بالسرية، وأن يكون على وعي بالإطار القانوني لاستعمال التقدير من حيث أهدافه والحاجة إليه وكيفية استخدامه. في حيت ترى **الجمعية النفسية الأمريكية** أن التشخيص الصحيح للاختصاصي النفسي يعتمد بدرجة كبيرة على خبرته بمجموعة الأدوات التي يستعملها في جمع البيانات والمعلومات المطلوبة، وقد حددت هذه الأدوات المهنية في تصميم وإجراء وتفسير أدوات القياس النفسي، وإجراء المقابلات الإكلينيكية المقننة، والملاحظة المنظمة لتصرفات المريض وأسرته وأصدقائه، وتفحص البيئة والظروف الراهنة التي يعيش فيها الفرد يوميا (التويجري واخرون، 2011).

أولا : المقابلة الاكلينيكة :



تعد المقابلة interview الأساس في عمل الأختصاصي إذ إنها الوسيلة أو الأداة التي تساعده في الحصول على بيانات ومعلومات والتعرف على العميل وظرفه سواء كان فرداً أو أسرة أو جماعة، مما يوجهه فيما بعد في كل خطوة من خطوات تدخله المهني (النوحي، 2005) وكذلك تعد المقابلة من أهم أدوات عمليات الممارسة، ومن ثم فإن ما يحدد كونها أداة للدراسة أو للتشخيص أو للعلاج هو تعرف طبيعة المضطرب وشكواه، ومدى حاجته لعملية المساعدة تدخل في إطار مقابلات الدراسة. لذا تقوم وتهدف المقابلة الى تحديد الأعراض، والوصول لفهم أعمق لوضع العميل، ويتم من خلالها تطبيق المقاييس والاختبارات- التي سنتعرف عليها فيما بعد - ، وبالتالي يصل المختص لتحديد مشكلة العميل أو المضطرب، لينطلق بعد ذلك في المقابلات العلاجية، وهي المقابلات التي من خلالها يقوم المختص النفسي بتطبيق الأساليب العلاجية المناسبة لطبيعة المشكلة (مليكة، 1992).

وبذلك تعرف المقابلة بأنها :

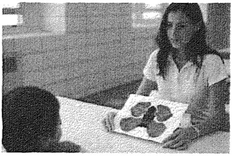
- عبد الغفار، 2002 : نوع من المحادثة بين المريض و الاختصاصي النفسي الاكلينيكي في موقف مواجهة، حسب خطة معينة غايته الحصول على معلومات عن سلوك المريض و العمل على حل المشكلات التي يواجهها، و الإسهام في تحقيق توافقه الشخصي، و بناءا على ذلك تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات المتمثلة في تاريخ و خصائص شخصية المريض و طبيعة المشكلة المطروحة.
- خليل، 2004 : عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، ويمثل الشخص الأول المختص النفسي، بينما الشخص أو

الأشخاص الآخرون هم من يتوقعون المساعدة، وتهدف المقابلة التشخيصية إلى تشخيص حالة العميل بتوجيه أسئلة هادفة، وبملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة. يمكن من خلالها الحصول على المعلومات والدلالات والمؤشرات التي تساعد على دقة التشخيص.

- الرفاعي، 2010 : إحدى التقنيات العلاجية والارشادية وهي بصورتها البسيطة تقابل فردين وجها لوجه في مكان ما لفترة زمنية معينة، وكذلك عرفها أيضا بأنها علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين المختص والعميل في جو آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين و ذلك لحل مشكلة ما.أو هي عبارة عن محادثة بين اثنين هما العميل و المعالج في حالة العلاج النفسي، يوجه فيها بعض الأسئلة للعميل و من الممكن أن تكون بعض الأسئلة مضبوطة و مقننة و قد تكون أيضا الأجوبة و الأسئلة المحتملة مضبوطة و قد تكون حرة.
- ويعرفها ماكوبي : على أنها تفاعل لفظي بين فردين في موقف مواجه يحاول أحدهما استثارة بعض المعلومات و التعبيرات لدى الآخر (الرفاعي، 2010).

أهداف المقابلة

على العموم تتحدد أهداف المقابلة وفق الغرض الذي تقام من أجله المقابلة، و تهدف المقابلة إلى:



1. إقامة علاقة وطيدة بين العميل والمختص.
2. مساعدة العميل على أن يعبر عن نفسه و عن مشكلاته.
3. نقل المعلومات التي تساعد على حل المشكلة.
4. مساعدة العميل على الكشف عن حلول لمشكلته وعلاجها.

5. استرجاع الذكريات السابقة و جمع البيانات (التحقيق العرضي) (الرفاعي، 2010).

أهمية المقابلة

في حين تتحدد أهمية المقابلة كما جاء في (عبد الغفار، 2002) :

1. من خلال المقابلة يمكن للمختص النفسي ملاحظة الكثير من التعبيرات والحركات التي تصاحب ما يدلي به العميل من عبارات وأحاديث مما يؤكد أو ينفي صدق العميل في عرض مشكلته.
2. من خلال المقابلة يستطيع المختص أن يتعرف على قدرات وإمكانات العميل، سواء في ذات العميل، أو في ظروفه البيئية سواء من أفراد محيطين أو أنساق وتنظيمات اجتماعية يمكن أن تستثمر في عملية المساعدة.
3. المقابلة وسيلة يمكن أن يطبق من خلالها المختص النفسي كافة اختباراته ويطبق مقاييسه ويستطيع كذلك أن يتأكد من إجابة العميل عليها، وكذلك ملاحظة استجاباته وانفعالاته.
4. من خلال المقابلة يمكن للمختص ملاحظة شخصية العميل بجوانبها الجسمية والنفسية والعقلية، مما يكون له أثر في تقدير وضع العميل وتشخيص مشكلته.
5. من خلال المقابلة يتم تشخيص مشكلة العميل بعد أن يتم تقدير كافة الظروف المتعلقة به وبظروفه، وأيضاً وضع الخطوط العامة للعملية العلاجية.

موضوعات المقابلة

يجب أن يركز المختص النفسي مع العميل أو المضطرب في أي مقابلة حول الموضوعات الهامة التي تكون لها دلالات ومعاني فى حياة المريض، وتلقى لنا

الضوء على بنائه النفسي ونمط علاقاته بالموضوع ومدى توافقه وعدم توافق الآخرين،وتدور حول نقاط أساسية فى حياة المريض ومنها على سبيل المثال:.

(1) فكرة المريض (الفرد) عن نفسه:. وهنا يقوم المختص النفسي الإكلينيكى بسؤال المريض عن نفسه،وأي نوع من الناس هو يكون، هل يرى المريض نفسه إنسانا صاحب شخصية ممتازة،أم يرى نفسه غير ذلك،ويسأله كذلك الأخصائي النفسي الإكلينيكى المريض عن فكرته عن نفسه وكيف يرى ذاته.



(2) اهتمامات المريض:. وفى هذه النقطة دور محور المقابلة بين المختص النفسي الإكلينيكى وبين المريض حول ما هي قدرة المريض الإنتاجية،وما هي الأشياء التي يجهلها أكثر من غيرها وما هي هوايته،وكيف يقضى وقت فراغه؟.

(3) المشاركة الاجتماعية للمريض:وتدور محاور المقابلة الإكلينيكية بين المختص النفسي الإكلينيكى والمريض عن مدى مشاركة المريض فى الحياة الاجتماعية وما هو نوع الرفقاء الذين يفضلهم المريض؟ وهل يميل المريض إلى أن يكون قائدا أم منقادا؟ وهل هناك علاقات عاطفية مشبعة للمريض،أم علاقات قصيرة ووقتية؟.

(4) طموح المريض وتوقعاته نحو المستقبل: وفى مثل هذه الحالة يقوم الحوار بين المختص النفسي الإكلينيكى والمريض فى مجال الأسرة والزواج والعمل،وماذا يعنى المستقبل للمريض وما هو طموح المريض بالنسبة لمستقبله؟ وما هي المهنة التي يحب المريض أن يعمل بها وكيفية إعداده نفسه للقيام بها؟.

(5) طبيعة الدوافع لدى المريض: ويركز المختص النفسي الإكلينيكى على معرفة الدوافع للمريض وأهدافه من أجل إلقاء الضوء ومعرفة طبيعة شخصيته وهل له رغبة فى تحقيق ذاته عن طريق العمل، وهل يرغب فى الشفاء إذا كان مريضا، ويأتي ذلك عن طريق سؤاله عن دافعه وراء المهنة التي يعمل بها، وماذا تعنى الحياة بالنسبة له؟.

(6) الخبرات المؤلمة والمشبعة فى حياة المريض:. وعلى المختص النفسي الإكلينيكى أن يجعل المريض يعبر عن الخبرات التي تركت أثرا فى حياته بصفة عامة وبصفة خاصة، والتي قد تلعب دورا فى تحديد مستقبله وفى رؤيته للحياة، وهل المريض متفائل أم متشائم، وكذلك من الضروري معرفة المراحل التي حدثت فيها تلك الخبرات الضارة أو السارة. فهذه الخبرات التي مر بها المريض تلقى الضوء على عملية النكوص والميكانزمات الدفاعية التي يستخدمها الفرد سواء كان مريضا أو سليما فى تعامله مع الحياة.

(7) طبيعة القلق لدى المريض:. وتكمن طبيعة عمل المختص النفسي الإكلينيكى فى الكشف عن القلق لدى المريض، ويحاول الأخصائي النفسي الإكلينيكى كذلك التعرف على مصادر هذا القلق، وهل قلق المريض سببه عوامل حقيقية موضوعية، أم ناتج من مخاوف داخلية لدى المريض. كما لابد للمختص النفسي الإكلينيكى سؤال المريض عن الدراسة، وعلاقاته الجنسية وصحته ومدى توافقه أو عدم توافقه فى عمله، وصراعاته ومنشأ هذه الصراعات، وما هي معتقداته الدينية، وهل يتمسك بالقيم والمعايير، وما رأيه فى التغييرات التي تحدث فى المجتمع فمثل هذه الأسئلة وغيرها هي التي توضح للمختص النفسي الإكلينيكى درجة القلق ونوعه ومصدره. وعلى ذلك فيجب أن تتضمن المقابلة الإكلينيكية على أسس بنائية وديناميية وشكلية، وتجرى

المقابلة الإكلينيكية فى كل مجال إنساني سواء أكان فى حقل تطبيقي أم غير ذلك بهدف خدمة الإنسان على النحو الذي يوصف به الإنسان السوي لأنها تعطى انطباع متعمق عن حياة الفرد بصفة عامة وبصفة خاصة (عبده، 2012) و(الشناوي، 1996).

خطوات المقابلة

تتضمن المقابلة الأكلينيكة المرضية بصورة عامة عملية التشخيص بهدف التوصل الى فهم مشاكل المريض والعلاج، إلا أن هذه العملية تمر عبر خطوات ومراحل متسلسلة، وهي :

1. مرحلة الافتتاح : وتسمى أيضا بمرحلة البدء أو مرحلة تقرير الحالة، وتعد هذه المرحلة نقطة البداية التي يبدأ عندها المختص النفسي. وفيها يحاول المختص أن تتم المقابلة بجو من الدفء والعطف وزرع جذور العلاقات الانسانية التي تتصف بالالفة والمودة من أجل كسب ثقة المريض. وغالبا ما تبدأ هذه المرحلة بمبادرة المختص في المناقشة وطرح الاسئلة التشجيعية، لذلك تقع على المختص النفسي البدء بافتتاح المقابلة ودعم العلاقة مع المريض.



2. طريقة الوعي الفكري : بعد أن تستوي علاقة الآلفة مع المريض، يبدأ المختص النفسي الدخول في مضمون المقابلة والتي تشمل بالتوضيح والتفسير عن سبب طلب المريض لمقابلة المختص، وذلك من أجل أن تتوضح أهداف المقابلة ويعرف المختص ولو بصورة أولية مشكلة المريض. ويحاول المختص في هذه المرحلة تجميع المعلومات عن المريض، وتطبيق الاختبارات النفسية وتفسير نتائجها كي يتم التعرف أكثر حول الطبيعة الشخصية والحالة المرضية لطالب المقابلة. وبعد ذلك

يحاول المختص تبصير المريض بحالته التي يعاني منها، والتي جاء من أجل المساعدة في تصحيحها وعلاجها، وتركيز انتباهه على الصعوبات النفسية التكيفية – اذا ما كان المريض على درجة من الاستبصار- للتوافق مع بيئته الاجتماعية والمادية.

3. مرحلة البناء : ويطلق على هذه المرحلة بالارتقاء ايضا، وفيها يحاول المختص مساعدة المريض على ازالة الصعوبات التي تواجهه في بيئته، وعبور أزماته التي تنتابه، وأعادة بناء شخصيته، وتعديل سلوكه نحو الأفضل حتى يصبح فردا جديدا على نفسه المعتله، وفردا سويا في المجتمع الذي يعيش فيه، وفردا متوافقا مع الظروف المحيطة به. وهذه العملية تتم بعد المرور بالمرحلتين السابقتين ومناقشة المريض وعائلته واقرانه بجميع التفاصيل التي تتضمن مرضه، والتوصل إلى الأسباب الحقيقية والدوافع الخفية التي أدت إليها حالته، ومن ثم يكون العلاج مؤثرا. إلا أن هذه المرحلة تستغرق وقتا طويلا، ومجهودا كبيرا، ومهارات فنية عالية، وعناية مركزة باعتبارها جسم المقابلة.

4. مرحلة الاقفال : وتسمى بمرحلة النهاية، وفيها يصل الطرفان المختص والمريض الى قرار مشترك بانهاء المقابلة بناء على طلب المختص الذي وجد أن المريض اصبح قادرا على التوافق السليم مع ذاته والآخرين والبيئة، أو بناءا على طلب المريض الذي رغب في انهاء العلاج لأنه قد وجد نفسه صحيحا أو وجد أن العلاج لا ينفع معه (عمر، 1987).

العوامل التي تؤثر في سير المقابلة:



- **بداية المقابلة :** يجب أن يبدأ المختص ببعض كلمات الترحيب بالعميل لبناء جو هادئ و مطمئن قبل المقابلة الإكلينيكية، ويجب أن يكون

واعيا بالمؤثرات التي تؤثر على اتجاه العميل (مثل دراسة الملف أو قد يكون قد سمع كلاما عنه أو قد إلتقاه بالمستشفى أو في أي مكان أو قد سمع عنه من أشخاص معينين).وفي بداية المقابلة هناك عناصر أخرى تؤثر على الإكلينيكي مثلا : مظهر العميل واللباس والوضعيات مثل : وضعية الجسم، والشعر، والعمر، والجنس، والمستوى الاجتماعي، واللهجة.. ومن أجل أن يتخلص المختص من هذه التأثيرات من الممكن أن يكتب كل هذه الانطباعات كي يكون واعيا بها، ويستقبل كل الأشخاص دون شرط. ومن متطلبات بداية المقابلة أن يستعمل المختص أو الإكلينيكي في المقابلة عبارة مفتوحة تماما أو سؤال مفتوح مثلا : أريد أن أعرف ماذا يشغل بالك؟، أو هل يمكنني معرفة ما بك؟ ... لأن بداية المقابلة لها أهمية كبيرة كي يتكيف العميل مع المحيط والمكان الذي يوجد فيه رفقة الإكلينيكي.

- **حرية التعبير**: حيث يتقبل الإكلينيكي كل ما يقوله له العميل من الأفكار، والمشاعر، والعواطف حتى الترددات التعليقات، ويتقبل كل هذا باهتمام كبير وبصفة متسامحة، كما يتجنب إصدار الأحكام سواء بالموافقة أو عدم الموافقة، ويحترم الحرية الكاملة للعميل مع البقاء في موقف وسط لا حنان وعطف زائد و لا قسوة، وكذلك يتطلب أيضا من العميل توضيح الهدف من المقابلة، وأن لا يجيب في محل العميل و لا يؤول تعبيراته حسب وجهة نظره، و لا يأخذ القرارات في مكانه بل يجب عليه احترام الحرية الكاملة للعميل في التعبير.
- **التركيز حول معاش العميل :** إن المختص لا تهمه الأعراض فقط، ولا يصغي فقط إلى مضمون أقوال العميل و لكن يهمه أيضا المعاش الذاتي النفسي للعميل، والذي يعني كيف يشعر العميل تجاه موقف المقابلة لأن هذا العميل لا يقدم أعراضا فقط بل آلامه وصراعاته وصعوباته وتوتره

ويعكس للعميل هذا المعاش.فالمقابلة مرحلة من الحياة يعيش العميل من خلالها تجربة أساسية شيئا فشيئا يتوقف العميل من أن يمارس دورا يخفي فيها نفسه و راء قناع، ويبدأ بالعيش بزيه الطبيعي والحقيقي في علاقاته مع الآخرين و بذلك يظهر الهيكل العميق عن شخصيته.

-**تجنب التفسير** : إن التفسير الغير الناضج أو الجارح أو المبكر قد يسد الطريق أمام مزيد من التقدم في العلاج على سبيل المثال : قد يقتنع المعالج منذ الجلسة الأولى أن صراعات العميل يثيرها نزاعاته مع أمه في السيطرة و حب التملك، و لكن إذا بدأ في مثل هذه المرحلة وبمثل هذا التفسير دون الاهتمام أكثر بالعميل هنا فان هذا الأخير يرفضه و يصر أن أمه امرأة رائعة، ومن الأخطاء الشائعة في عملية التفسير (الاعتقاد أن الاستبصار الفعلي لمشاكلنا يقود أوتوماتيكيا لتغيير اتجاهاتنا و انفعالاتنا و سلوكنا) وهو ما يدفع بنا إلى تفسير ذلك للعميل، ولكن المطلوب هو أن نجعل العميل يفهم أسباب صراعه حتى يعدل لا إراديا سلوكه، فهناك فرق بين الوعي العقلي المنطقي و بين الحياة الانفعالية و لا ينبغي أن نتعجل المعالم بإعطاء تفسيرات حتى نفسح المجال للعميل أن يكشف تدريجيا هذا الغموض الذي يعيشه، والحلول المناسبة لوضعيته، والخطوات التي تساعده أن يتقدم نحو النضج.

- **إعادة التشكيل** : ينتبه الإكلينيكي إلى كل ما يقوله العميل إلى كل ما يشعر به و دوره الأساسي، لذا فعلى المختص أن يجعل العميل واعيا بافكاره ومشاعره بصورة واضحة لكما أمكن ذلك.

- **نهاية المقابلة** : في الواقع ليس هناك نهاية المقابلة لأنها مرحلة من مراحل الحياة وهي لا تنتهي حتى لو كان الإكلينيكي لا يرى العميل مرة أخرى، فالمقابلة تبقى مفتوحة لأنها تعبر عن مرحلة من مراحل الحياة(الرفاعي، 2010)

نقاط أساسية في المقابلة

- **الزمان و المكان** : يلزم للعميل أن يكون في جو هادئ و مطمئن و في هدوء تام، ولا تطبق المقابلة في مكان فيه ضجيج، أو بارد وحار، وأن يكون جدي، ويجب أن يكون لديه الوقت الكافي والضروري للإصغاء، وكذلك أن لابد للعميل أن يعرف أنه حاضر لمدة معينة و أن يشعر أن المختص حاضر من أجله و معه فقط.
- **مشاكل السكوت** : يلزم الإكلينيكي أن يتحمل السكوت، ولابد له أن يفهم معنى السكوت وهل هذا السكوت مثمر أم غير مثمر؟، و من الممكن أن يعبر السكوت في بعض الأحيان عن صراع داخلي وشعور بالألم، وهنا على المختص أن يتفهم ذلك وأن يتعلم أن لا يطيل السكوت.
- **الثرثرة** : وراء هذه الثرثرة أيضا مشكلات وصعوبات كالسكوت، وعادة ما تثير الثرثرة قلق الإكلينيكي، رغم ذلك عليه أن يتحمل ويقبل كل ما يقوله العميل ويركز عليه انتباهه حتى يقلل من هذه الثرثرة.
- **المواقف في علاقة المساعدة** : إن مهمة علاقة المساعدة أو العلاج النفسي تتضمن معالجة الفشل في الاتصال، فيتصف الشخص الطالب للمقابلة بشدة الانفعال وضعف التكيف لأنه قبل كل شيء قطع الاتصال مع نفسه وكذلك مع الآخر، وكذلك أن أجزاء شخصيتة تتميز بعدم الوعي والرفض والكبت، وقد يحدث لها توقف بصفة تجعلها لا تتصل بالجزء الواعي أو المسير للشخصية. وبهذا الشكل الذي يعبر به الآخر عن شخصه يكون محل للتغييرات و التبديلات وهكذا فإنه يتألم في قرارة نفسه وفي علاقته بالآخر، ومن ثم فإن علاقة المساعدة عبارة عن مساعدة الشخص في الحصول على علاقة طيبة مع نفسه، وعالمه الداخلي.

- **الصعوبات الأساسية في العلاقة الإنسانية** : لقد تساءل العديد من العلماء حول هذه المسألة التي مفادها ما هو العامل الأساسي الذي يعرقل الاتصال مع الآخر ومع الذات أيضا ؟، إن الحاجز الكبير للاتصال المتبادل بين الناس بصفة عامة هو نزعاتنا التلقائية للحكم على الآخر و انطلاقا من هذا يتولد بداخلنا الخوف من الحكم ومن الآخر (الحجار، 2012).

ثانيا : الملاحظة الاكلينيكة



تعد الملاحظة الأكلينيكة من الأدوات الهامة التي ينبغي على المختص النفسي الإكلينيكى استعمالها بفن ومهارة عالية. فهي طريقة منظمة يحاول فيها المختص أن يجمع معلومات عن سلوك معين على النحو الذي يحدث فيه فى الموقف وتسجيل هذا السلوك (عبده، 2012) لذا تقوم الملاحظة الاكلينية على ملاحظة الوضع الحالي للعميل فى قطاع محدود من قطاعات سلوكه، وتسجيله موقف من مواقف سلوكه، وتشمل ملاحظة السلوك فى مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكل أنواعها سواء كانت في اللعب والعمل والراحة والرحلات والحفلات وفى مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية والقيادة والتبعية والمناسبات الاجتماعية بحيث يتضمن عينات سلوكية لها مغزى فى حياة العميل ".(زهران، 1988).

وبذلك تكمن فائد هذه الاداة بكونها أداة تشخيصية لها درجة عالية من الثقة والثبات ويمكن الاعتماد عليها في الوصول لحقائق واقعية وصادقة عن العملاء وفي رصد سلوكياتهم، وبتحديد موضوعات دقيقة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع الذي تتم ملاحظته، حيث يسعى المختص لجمع معلومات وحقائق في إطار تلك الموضوعات (شقير، 2002).

أدوات الملاحظة

تتضمن أدوات الملاحظة النفسية الإكلينيكية على عدد من الأدوات وهى:

1- لوحات المشاركة: وتستعمل لتسجيل مشاركة الفرد أو الأفراد فى نشاط جمعي، أو مناقشة جماعية.

2- قوائم السلوك Check Lists: وهي قائمة تستعمل لتسجيل السلوك الملاحظ عند وقوع الحدث، وهى تشبه في ظاهرها مقاييس التدريج، ومهمتها مساعدة الملاحظ فى إذا ما كانت سمة أو خاصية ما موجودة لدى الفرد أم لا، لذلك هي تفيد فى تقويم الأنشطة العلاجية والتعليمية التي ومعرفة جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي للمريض.

3- مقاييس الشخصية والتقدير Rating Scales: وهي قائمة تحتوي على مجموعة من الفقرات والبدائل التي تعبر عن سمة ما، ومهمتها مساعدة المختص النفسي الإكلينيكى على أن يشير إلى الحالة أو نوعية لسلوك ما يقوم بملاحظته، وكذلك تتيح مقاييس التقدير إجراءات منتظمة للحصول على تسجيل، وتقرير أحكام القائم بالملاحظة. وهناك عدة أنواع من مقاييس التقدير، منها :

- المقاييس الرقمية التي تحدد قيما رقمية لمستويات السلوك مل (ممتاز= 5، فوق المتوسط=4، متوسط=3، تحت المتوسط-2، متأخر= 1 ،وتعرف هذه المقاييس بمقاييس التقدير الرقمية.
- مقاييس التقدير البيانية، ويعتمد على وجود خطوط بيانية تقع عليها التقديرات ويمكن اختيار الدرجة المناسبة مباشرة.
- مقاييس التقدير المقارن، وتزود المختص النفسي الإكلينيكى القائم بتقدير عينات معيارية ذات درجات جودة مختلفة ليقارن بها سلوك المفحوص.

- مقاييس الترتيب، حيث يعطى لكل فرد من المرضى رتبة فى السلوك أو الخاصة الملاحظة، إذ يوضع أعلى الأفراد فى أعلى المقياس وأدناهم فى أسفله، ثم يرتب باقي المرضى بينهم.
- مقاييس المقارنات الثنائية المزدوجة، حيث يقارن فرد بآخر، ويحدد أيهما أكبر فى الصفة أو الأداء من الثاني..وهكذا..الخ.

4- التسجيلات القصصية Anecdotal Records : وهذه التسجيلات تسجل أحداثا معينة خلال فترة محدودة، وهى تزود الأخصائي النفسي الإكلينيكى بصورة طولية عن تغييرات معينة بالنسبة لحالة مرضية معينة، ويجب أن تشمل على عناصر وهى:

أ- ينبغي أن تشتمل على وصف واقعي لما حدث، ومتى حدث، وتحت أي ظروف حدث هذا السلوك.

ب - يجب أن يكون التفسير والإجراء الذي يوصى به مستقلا عن وصف السلوك.

ج- يجب أن يشتمل كل سجل قصصي على تسجيل لحادث واحد.

د- يجب أن يكون الحادث الذي يسجل ذا أهمية لنمو وتطور الفرد.

وهذه الطريقة تتميز بسهولتها وتلقائيتها، ولكنها فى الوقت نفسه تستهلك كثيرا من الوقت فى إعدادها (عبده، 2012).

وفيما يلى نموذج لبطاقة ملاحظة لتقدير سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعي(*):

وهى تتكون من ستة أقسام هما:

(أ) البيانات العامة المميزة للعميل ولأسرته.

(ب) الحالة الجسمية العامة والخاصة.

(جـ) القدرات العقلية والتحصيل المدرسى.

(د) سمات الشخصية ومميزات السلوك الاجتماعى.

وهو القسم الرئيسى في البطاقة ويعتمد على تقدير القائم بالملاحظة للعميل في فئة من خمس فئات لتقدير كل سمة شخصية أو سلوك اجتماعى مما يلى:

1. العناية بالمظهر الخارجي.
2. المبادأة.
3. الانفعالية (الثبات الانفعالى).
4. الضبط.
5. المرح.
6. المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالة السرور.
7. المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالة الألم النفسي.
8. المشاركة الوجدانية الإيجابية في حالات الألم الجسمانى.
9. الاعتماد على الغير من الناحية العاطفية.

(*) إعداد الدكتور: عطية هنا، عماد الدين اسماعيل في: لويس مليكه، علم النفس الاكلينيكي، الهيئة العامة للكتاب، 1980

10. الاجتماع مع الآخرين.

11. القدرة على تكوين علاقة بالآخرين.

12. رعاية الغير.

13. حب الاستطلاع.

14. الميل إلى التملك.

15. التركيز.

16. الرغبة في المدح وحب الظهور.

17. القيادة.

18. السيطرة.

19. الطاعة.

20. العدوان المادي.

21. العدوان اللفظى.

22. الايثار.

23. المنافسة.

24. الغيرة.

25. الحماس.

26. الشجاعة.

27. المثابرة.

28. الاحساس بالنقد.

29. مستوى الطموح.

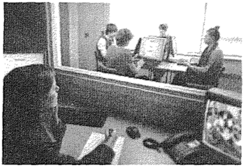
30. تقدير الذات. وينتهى هذا القسم بتلخيص لتقديرات السمات الشخصية.

(هـ) ملاحظات عامة عن الشخصية وبخاصة سلوك العميل نحو الأشخاص الآخرين وفي المواقف المختلفة.

(و) المشكلات النفسية التي لاحظها شخص موثوق به ومن ذلك التمرد، الكلب، النوبات الهسترية، العلاقات الاسرية، وتنتهي بخلاصة عامة عن السلوك والشخصية.

(أحمد، 2000).

مراحل الملاحظة



بعد أن تعرفنا على أدوات الملاحظة هناك خطوات لابد من الأخذ بها من أجل الوصول لملاحظات ناجحة، ومن أجل الاستفادة من الملاحظة كأداة تساعد على الوصول لفهم مشكلات العملاء. وتشمل هذه الخطوات كما أشار لها (سري، 2000) كالآتي:

1. الإعداد: وذلك عن طريق التخطيط المنظم، وتحديد ما ستتم ملاحظته وأبعاده، والمعلومات المتوقع الحصول عليها عن طريق الملاحظة، وهدف الملاحظة، وتحضير الأدوات اللازمة للتسجيل إذا كان هناك تسجيل صوتي أو مرئي للمقابلة أو الموقف الذي ستجري خلاله الملاحظة.
2. عملية الملاحظة: تتم عملية الملاحظة إما مع عميل واحد أو مع جماعة من العملاء، وعند القيام بها لابد أن يكون هناك حضور لكافة حواس القائم بالملاحظة وتركيز الانتباه على ما تتم ملاحظته، وفي حال كانت عملية الملاحظة تتم عن طريق ملاحظين خارجيين لابد من التأكد من استيعابهم للسلوك الذي يقومون بملاحظته، وكذلك من قدرتهم على استنتاج المعاني منه.

3. التسجيل: تؤثر عملية التسجيل كثيراً في مدى الاستفادة من الملاحظة، فيجب أن تتم عملية التسجيل بعدها مباشرة وليس أثناءها، وأن تتم بعد الانتهاء من المقابلة أو الخروج من موقف الملاحظة، حتى لا يتسنى نسيان ما تمت ملاحظته، ويختلف أسلوب التسجيل، فقد يكون قصصياً وتفصيلياً وقد يكون مختصراً.
4. التفسير: بعد الانتهاء من عملية الملاحظة وتسجيلها تأتي العملية التي تشكل اللب أو الهدف الأساسي منها وهي عملية التفسير، لما تمت ملاحظته، وهناك عوامل تؤثر في عملية التفسير، ومنها المعرفة العلمية للمختص النفسي ومهاراته. وكذلك الإطار أو التوجه النظري الذي يتبناه فمن خلال توجهه سيستطيع أن يفسر ما لاحظه ورصده من سلوكيات أو انفعالات، فتفسير المتبني للاتجاهات التحليلية النفسية سيكون بطبيعة الحال مختلفاً عن تفسيرات المتبني للنظرية السلوكية. وأياً كان التفسير فإن ما يحدد سلامته، هو ما إذا كانت التفسيرات التي تم التوصل لها تتفق مع ما تم التوصل له باستخدام أدوات أخرى.

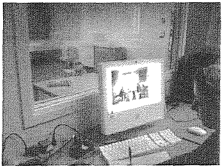
أساليب الملاحظة:

تعددت التصنيفات لأساليب وأنواع الملاحظة في إطار الممارسة بشكل عام، وفي إطار كونها أداة تشخيصية بشكل خاص، فقد كانت ومازالت الملاحظة العلمية من الموضوعات الرئيسة التي تلقى اهتماماً ومتابعة وبحثاً من المتخصصين في المجالات النفسية والاجتماعية، وذلك من أجل تطويرها وتقنينها حتى تصل لمستوى من الثقة والثبات يُمكّن من الاعتماد عليها في الوصول لحقائق واقعية وصادقة عن العملاء وفي رصد سلوكياتهم (شقير، 2002).

وسنستعرض فيما يلي أهم أساليب الملاحظة وهي:

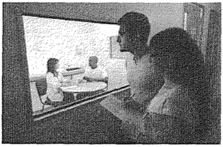
1. الملاحظة البسيطة: ويقصد بها ملاحظة الظواهر والتفاعلات والسلوكيات كما تحدث تلقائياً في ظروفها الطبيعية، ومن دون

استعمال لأدوات القياس، وعادة يتم استعمال الملاحظة من هذا النوع في محاولة فهم ورصد سلوكيات جماعة أطفال، أو جماعة مراهقين ونحوها لرصد تفاعلاتهم وسلوكياتهم كما تحدث في ظروفها الطبيعية (عبد الغفار، 2002).



2. الملاحظة الموضوعية: وتعني قيام المختص النفسي بتحديد موضوعات دقيقة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع الذي تتم ملاحظته، حيث يسعى المختص لجمع معلومات وحقائق في إطار تلك الموضوعات. وتتضمن استخدام استمارة خاصة بالملاحظة لتسجيل الموضوعات التي تتم ملاحظتها بالإضافة لوضع أوزان وتقديرات لكل موضوع تتم ملاحظته، بحيث يكون لكل سلوك يتم رصده درجة ومن خلال تلك الدرجات يتم الوصول لفهم وتحديد لسلوكيات العميل أو تفاعلاته في إذا كانت موجهة نحو ملاحظة جوانب متعلقة برصد تفاعلات، وكذلك في حال ما إذا كان العمل يتم مع أسر أو جماعات (سري، 2000)

3. الملاحظة باستخدام دليل الملاحظة: ويتضمن الدليل فقرات تمثل كافة الموضوعات التي يتم رصدها، كما يتضمن تسجيلاً ووصفاً دقيقاً لما يلاحظه المختص ومكوناته (عبد الغفار، 2002).



4. الملاحظة باستعمال ملاحظين خارجيين: قد يلجأ المختص النفسي للاستعانة بملاحظين خارجيين، حتى يمكن التأكد من نتائج ملاحظته، فتعدد الملاحظين،

ووصولهم لنفس النتيجة يجعل هناك طمأنينة للنتائج التي تم الوصول لها. كما تفيد الاستعانة بملاحظين خارجيين في بعض المواقف التي لا يمكن للمختص أن يكون موجوداً فيها. مثل أن يطلب من مدرس مثلاً ملاحظة ورصد سلوكيات طالب في الفصل وتفاعلاته وعلاقاته مع زملائه، أو أن يطلب من مراقبين وملاحظين نفسيين رصد سلوكيات وتفاعلات حدث في مؤسسة إيداعيه، للتعرف على جوانب من سلوكيات وتفاعلات الطفل في ظروفها الطبيعية، لذا فأن هذه العمليات تكون تصور وفهم شامل للعميل، وأن يحدد مشكلته. وهناك اعتبارات يجب مراعاتها إذا تمت الاستعانة بملاحظين خارجيين حيث يجب توعيتهم وتدريبهم على الملاحظة، وفي حال كان هناك دليل أو مقياس لرصد الملاحظات يجب أن يتأكد من قدرتهم على تعبئته بدقة وموضوعية (عبد الغفار، 2002).

عيوب الملاحظة النفسية:

تتضمن الملاحظة النفسية الإكلينيكية على بعض من القصور وهى على النحو الآتي:

1- النفقات العالية فى إجراء الملاحظة.

2- صعوبة وجود الملاحظ فى الموقف دون أن ينتبه إليه الآخرون.

3- لا تخلو الملاحظة من التحيز والعوامل الشخصية.

4- إن السلوك الملاحظ محدود جدا.

5- أن الملاحظة تكون ذو صفة خارجية، فما نلاحظه هو السلوك وليس ما يعنيه السلوك(عبده، 2012)

ثالثا : الاختبارات والمقاييس النفسية

الأهمية

يعني القياس النفسي بأنه عملية إصدار أحكام كمية لتقدير خصائص أو سمات لظاهرة معينة، سواء كانت هذه الظاهرة نفسية أم تربوية أم اجتماعية. لذلك يسعى القياس النفسي إلى تحقيق هدفين أساسين، يتعلق الأول بتصنيف الخصائص النفسية والتعرف على جوانبها والمتغيرات المتعلقة بها للوصول إلى القوانين التي تحكم سلوكنا وقدراتنا العقلية كالذكاء والذاكرة والقدرة على تمثيل المعلومات والقدرة على الانتباه والتركيز، ويتعلق الثاني باستخدام نتائج القياس للحصول على معلومات تفيدنا في توظيف العلم لصالح الفرد والمجتمع(بعيبع، 2009) لذلك تعد الاختبارات والمقاييس من أهم وسائل جمع المعومات في الفحص والتشخيص، كونها الوسيلة التي تكشف لنا أسرار شخصية المريض ودرجة توافقه أو ضعف توافقه مع متطلبات الحياة، فضلا عن ذلك تكشف لنا قدرات المريض العقلية ومهاراته الانفعالية والاجتماعية في مواقف التفاعل مع الأخرين. في حين يعدها البعض وسيلة جيدة لتحديد دوافع وصراعات واهتمامات واتجاهات المريض (سري، 2000) لذلك يمكن القول أن عن طريق الاختبارات والمقاييس النفسية نتمكن من دراسة السلوك المرضي، والحصول على بيانات دقيقة إذا أحسن استعمالها، وأمكن التأكد من ثباتها وصدقها ودلالتها الأكلينيكية. فتعطينا المعلومات والبيانات النفسية في صورة موثوق بها وفي وقت أقصر ومجهود أقل عن الوسائل الأخرى (عباس، 1983).

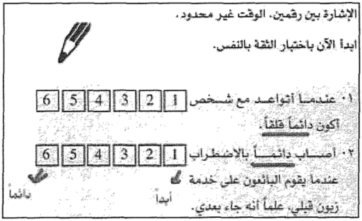
نستنتج مما سبق يلاحظ ان عمل المختص النفسي الاكلينيكي يعتمد الى حد كبير على استعمال المقاييس والاختبارات النفسية في مراحل الفحص المختلفة بغرض الوصول الى تحديد دقيق لمستوى كفاءة الوظائف المختلفة سواء للاسهام في الوصول الى تشخيص دقيق للاضطراب او التخطيط للعلاج والتاهيل او بغرض

متابعة الحالة اثناء وبعد علاج معين، ومن ثم من الطبيعي ان تكون العلاقة وثيقة بين علم النفس الاكلنيكي وبين فرع علم القياس النفسي (بعيبع، 2009).

التعريف

يقول كرونباخ (1984) أنه لا يوجد هناك تعريف مقنع للاختبار و كلمة اختبار عادة ما توحي في الذهن أنه عبارة عن سلسلة من الأسئلة المقننة التي تعرض على شخص معين ويطلب منه الإجابة عنها كتابة أو شفهيا، إلا أن هناك بعض الاختبارات التي لا تتطلب من المفحوص إجابة معينة وإنما تتطلب منه أداء حركيا أو مجموعة من الأداءات الحركية على آلة معينة. كاختبار قيادة السيارة في الشارع. فاختبار القيادة لا يتضمن الأسئلة و كما أن تعليماته و توجيهاته تختلف باختلاف المفحوص وباختلاف الشوارع وحركة المرور، و في ما يلي نستعرض بعض التعاريف التي تنطبق على مختلف أنواع الاختبارات و الاستبيانات:

- اناستازي 1976 : بأنه مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك، وكلمة سلوك هنا قد تعكس قدرة الفرد اللفظية أو الميكانيكية أو قد تعكس سمة من سماته الشخصية، كالانبساطية و الانطوائية، أو قد تعكس مجموعة من الاداءات الحركية على أعمال أو أجهزة معينة، كالكتابة على الآلة الراقنة لقياس مهارة الأصابع مثلا.



الإشارة بين رقمين، الوقت غير محدود.

ابدأ الآن باختبار الثقة بالنفس.

١- عندما أتواعد مع شخص أكون دائماً قلقاً.	1	2	3	4	5	6
٢- أصاب دائماً بالاضطراب عندما يقوم البائعون على خدمة زبون قبلي، علماً أنه جاء بعدي.	1	2	3	4	5	6

أبداً ... دائماً

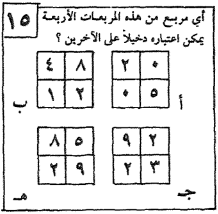
- بين Bean 1953 : مجموعة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية أو بطريقة كيفية العمليات العقلية و السمات أو الخصائص النفسية،

وقد يكون المثير هنا أسئلة شفاهية أو أسئلة كتابية أو قد تكون سلسلة من الأعداد أو الأشكال الهندسية أو النغمات الموسيقية أو صورا أو رسوما ، و هذه كلها مثيرات تأثر عن الفرد و ستثير استجاباته.

- جون انيات Annette 1974 : مهارة أو مجموعة من المهارات التي تقدم للفرد في شكل مقنن و التي تنتج درجة أو درجات وقيمة حول شيء تطلب من المفحوص لكي يحاول أداءه(عبد الحفيظ، 2003).

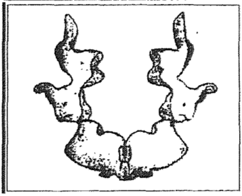
أنواع الاختبارت والمقاييس النفسية

هذا ويوجد مئات من أساليب التقييم المختلفة على الرغم من أن هناك عددا قليلا فحسب من الاختبارات النفسية التي قد ثبت أنها تتضمن قدرا عاليا من الصدق (أي أن الاختبار يقيس فعلاً ما يفترض أن يقيسه) والثبات (اتساق معايير القياس نفسها). وبصفة عامة، تندرج هذه المقاييس ضمن أحد التصنيفات الآتية :



1. اختبارات الذكاء واختبارات التحصيل الدراسي : تقيس هذه الاختبارات مستويات محددة من الأداء المعرفي والإدراكي للفرد (وغالبا ما يطلق عليها اختبار الذكاء IQ) وذلك مقارنةً بمستويات أداء المجموعة المعيارية. وتساعد هذه الاختبارات، مثل اختبار وكسلر في قياس ذكاء الأطفال WISC-IV (الطبعة الرابعة)، في قياس سمات وخصائص الفرد مثل المعرفة العامة والمهارات اللفظية والذاكرة ودرجة الانتباه والتفكير المنطقي والإدراك المكاني والبصري. استطاعت العديد من الاختبارات التنبؤ بأدق مستويات الأداء بصورة محددة، وخاصةً على المستوى الدراسي.

2. اختبارات الشخصية : وتهدف إلى وصف أنماط السلوك والأفكار والمشاعرالمميزة للفرد. وتندرج هذه الاختبارات عموما ضمن فئتين: هما الاختبارات الموضوعية والاختبارات الإسقاطية لقياس وتقييم الشخصية. وتعتمد الاختبارات الموضوعية، مثل اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه لقياس الشخصية (اختبار MMPI متعدد الأوجه)، على إجابات محددة - مثل الإجابة بنعم/لا أو أسلوب صح/خطأ أو استخدام مقياس لتقدير الدرجات - والذي يسمح بحساب الدرجات التي يمكن مقارنتها بدرجات المجموعة المعيارية. أما الاختبارات الإسقاطية، مثل اختبار رورشاخ - أو ما يعرف باسم اختبار نقاط الحِبْر، فتسمح للفرد بإجابات مفتوحة وغالبا ما تعتمد على المثيرات الغامضة مما يتيح له الكشف عن نفسه وعن حالته النفسية وعملياته اللاشعورية، فضلا عن اختبار تفهم الموضوع.



شكل(١٠) اختبار رورشاخ (عينة)



شكل(١١) اختبار تفهم الموضوع للكبار (عينة)

3. الاختبارات النفسية العصبية - تتكون الاختبارات النفسية العصبية من مهام صُممت خصيصًا لقياس الوظائف النفسية التي يُعرف أنها ترتبط بمسار معين أو ببنية معينة في الدماغ. ذلك، حيث يتم استخدام هذه الاختبارات في تقييم القصور أو العجز الناتج عن إصابة أو مرض والمعروف بتأثيره على الوظائف المعرفية والعصبية، أو عندما يتم استعمالها في البحث، لمقارنة القدرات النفسية والعصبية داخل المجموعات التجريبية(Groth-Marnat,2003).

شروط الاختبارات والمقاييس النفسية الجيدة:

حدد العالم النفسي التربوي Blumand nyier، 1968 ثلاث شروط للاختبار الجيد و هي:

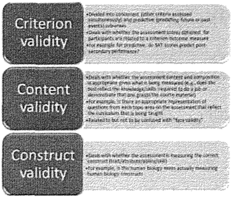
1. أن يكون الاختبار متقنا، و هذا يعني أنه حتى و أن استخدم الاختبار من طرف أفراد مختلفين فإنهم يحصلون على نتائج مماثلة و يتطلب هذا بالطبع توحيد إجراءات تطبيق الاختبار و تصحيحه.
2. أن تكون عينة السلوك واسعة بدرجة كافية و ممثلة بدرجة كافية للسلوك الذي نريد قياسه حتى تمكننا النتائج التي نحصل عليها من التعميم و التنبؤ.
3. أن يكون للاختبار درجة معتبرة من الصدق و الثبات و أن تكون له معايير خاصة(رايتون، 1968).

الصدق:

عرّف ساكس 1980م الصدق Validity بأنه الدرجة التي تكون فيها المقاييس ذات فائدة في اتخاذ القرارات المتعلقة بهدف أو غرض من الأغراض. وكذلك عرفه ألن و ين (Allen & Yen) بأنه قدرة الاختبار على أن يقيس ما وضع لقياسه. في حين عرف كرونباك (Cronbach) بأنه العملية التي يبحث من

خلالها مطور الاختبار عن دليل يدعم به الاستنتاجات التي من الممكن أن يصل إليها من خلال درجات الاختبار. أما مهرنز و لهمان (Mehrens & Lehman 1975) فعرفاه بأنه الدرجة التي يتمتع بها الاختبار في تحقيق أهداف محددة، ويؤكدان على أهداف عامة وهي:

- التنبؤ في أمور ذات علاقة بالمفحوص.
- وصف المفحوص من جانب أو مجموعة من الجوانب(طوح، 2008).



وتشير جمعية علم النفس الأمريكية، من خلال كتابها الصادر سنة 1985 عن الاختبارات النفسية والتربوية (standars for educational and psychological tests) إلى ثلاث أنواع من الصدق(بوخميس، 2009) وهي كالآتي:

1. الصدق المرتبط بالمحك Criterion-Related Validity : ويعني العملية والإجراءات التي يتخذها مطور الاختبار من أجل الحصول على دليل عملي من سلوك وتصرفات المفحوص يدعم به النتائج التي يحصل عليها باستخدامه للاختبار ولذا فإن صدق المحك يعني الحكم الذي يصل إليه مطور الاختبار إزاء إمكانية الاستنتاج حول المفحوص بالاعتماد على نتيجته في الاختبار. ولذا فبالغة الإحصاء يمكن اعتبار صدق المحك بأنه الارتباط الذي يوجد بين الدرجات على الاختبار ومحك أو معيار خارجي. ويندرج تحت صدق المحك نوعان الأول هو الصديق التلازمي والثاني هو الصدق التنبؤي. وتميز جمعية علم النفس الأمريكية بين الصدق التلازمي والصدق التنبؤي بناء على الفترة الزمنية الفاصلة بين تطبيق الاختبار والحصول على الدليل من المحك.

أ.الصدق التلازمي Concurrent validity : ويعني الارتباط الذي يوجد

بين الاختبار وبين المحك على أن يتمّ جمع البيانات باستخدام الاختبار والمحك في نفس الوقت أو في أوقات متقاربة، فمثلا من الممكن أن يحقق الأخصائي الذي يطور مقياسا جديدا صدقه من خلال جمع بيانات محكية حول المفحوصين بالإضافة إلى الدرجات التي حصلوا عليها بتطبيق الاختبار عليهم وقد يكون المحك عبارة عن مقابلة إكلينيكية يجريها مع المفحوصين في الوقت نفسه الذي يطبق فيه الاختبار. ولذا فمقدار العلاقة الموجودة بين درجات الاختبار ونتائج المقابلة يعتبر مؤشرا على صدق الاختبار.

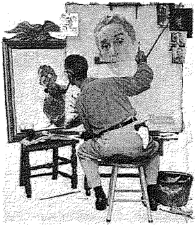
ب. الصدق التنبؤي : ويعني القدرة التي يتمتع بها الاختبار أو المقياس من أجل التنبؤ فيما سيكون عليه الفرد في صفة أو خاصية من الخصائص في المستقبل، ولذا سيكون المحك الذي يستدل به على صدق الاختبار ليس في الوقت نفسه الذي يطبق فيه الاختبار بل في وقت متأخر عنه وقد يكون أشهرا أو سنينا. إن جمع البيانات حول المحك يحتاج من المختص الانتظار حتى تتضح معالم حول وضع الفرد في الصفة أو الخاصية التي تمّ التنبؤ بها باستخدام الاختبار (الطيري، 1997).

2. صدق البناء : هو مدى قدرة بناء الاختبار ككل على قياس متغير ما بجميع جوانبه (الغامدي، 2009) ويعد هذا الصدق من أكثر أنواع الصدق تعقيدا لأنه يعتمد على افتراضات نظرية يتم التحقق منها تجريبيا ومن أنواعه المجموعات المتطرفة والاتساق الداخلي والصدق العاملي، والأخير أدق أنواع لصدق البناء والذي يمكن التوصل إليه باستخدام التحليل ألعاملي، الذي يهدف إلى دراسة الظواهر المعقدة لاستخلاص العوامل التي أثرت فيها من خلال تحليل معاملات الارتباط بين متغيرات الظاهرة (منصور، 2007).

3. صدق المحتوى :يتحقق صدق المضمون لما تكون البنود المكونة للإختبار ملائمة وموافقة للبناء (المفهوم) المقصود. فلما يحلّل مضمون اختبار معين يهتم بنقطتين هامتين: إلى أي مدى تغطي بنود الاختبار مجموع البناء(المفهوم)؟ وإلى أي مدى لا تحتوي بنود الاختبار على متغيرات غير ملائمة؟ وعلى الباحث في هذه الحالة أن يختار البنود التي تسمح له بقياس قدر المستطاع مختلف أوجه البناء(المفهوم) مع تفادي وضع بنود غير ملائمة ، ومن المفيد في هذه الحالة الرجوع إلى خبراء محكمين ويطلب منهم تقييمهم لصدق مضمون كل بند من بنود الأداة المصممة وذلك من خلال تقدير ارتباطه بالبناء المقصود ويحتفظ بعد ذلك بالبنود التي رأى الخبراء أنها ملائمة ومهمة (بو خميس، 2009).

4. الصدق الظاهري : يعد الصدق الظاهري أحد أنواع الصدق الذي يمكن الركون أليه، و يتم التوصل أليه من خلال حكم المختص على درجة قياس الاختبار للسمة، و بما إن هذا الحكم يتصف بدرجة من الذاتية، لذلك يعطى الاختبار لأكثر من محكم لكي يتم تقويم درجة الصدق الظاهري للاختبار من خلال التوافق بين تقديرات المحكمين، وتأخذ نسبة التوافق في تقدير فقرات الاختبار بمقدار 80٪ (عودة، 1985، ص 157)و(الكبيسي، 2000).

الثبات :



يقصد بالثبات بأنه الاتساق و الدقة في القياس. فالمقياس الثابت كما يرى عالم القياس (Kerlinger, 1973) هو المقياس الذي يمكن اعتماده ويمكن التحقق من ذلك اذا كانت فقرات المقياس تقيس السمة نفسها (علام ، 2000 ، ص 131) كما يقصد بالثبات بأنه

اتساق درجات الاختبار و دقة نتائجه و تحررها من تأثير المصادفة عندما يطبق على مجموعة محددة من الأشخاص في مناسبتين مختلفتين، يفصل بينهما زمن معين (عبد الخالق ، 1996 ، ص 45) و بذلك يعد الثبات إجراءً ضرورياً يقصد به ان علامة الفرد لا تتغير جوهرياً بتكرار إجراء الاختبار، ويعبر عنه إحصائياً بمعامل الارتباط بين علامات الأفراد خلال مرات إجراء الاختبار المختلفة (الظاهر، 1999، ص 140) والثبات يختص بمدى الوثوق بالدرجات التى نحصل عليها من تطبيق الاختبار بمعنى أن هذه الدرجات أو النتائج يجب ألا تتأثر بالعوامل التى تعود إلى أخطاء الصدفة، فهو يعنى دقة الاختبار أو اتساقه، فإذا حصل نفس الفرد على نفس الدرجة أو ما يقرب منها فى نفس الاختبار أو فى مجموعات من الأسئلة المتكافئة أو المتماثلة فى مناسبات مختلفة فإننا نصف الاختبار أو المقياس فى هذه الحالة بأنه على درجة عالية من الثبات • وبهذا المعنى يرتبط مفهوم الثبات بما يسمى إحصائياً أخطاء القياس المتضمن فى كل درجة من درجات الاختبار (أبو هاشم، 2011).ولأجل حساب الثبات هناك مجموعة من الطرائق وهي :

1- طريقة إعادة الاختبار Test-Retest Method: وتكشف هذه الطريقة عن مدى استقرار النتائج عندما يطبق اختبار ما على مجموعة معينة من الافراد أكثر من مرة وعبر فاصل زمني، ثم يحسب معامل الارتباط بين عدد مرات تطبيق هذا الاختبا (عبد الرحمن، 1983) لذلك تقوم هذه الطريقة على تطبيق الاختبار على مجموعة من الأفراد (لا يقل عن ٣٠) ثم إعادة التطبيق على نفس الأفراد وتحت نفس الظروف • ويكون الفاصل الزمنى بين التطبيقين فى حدود أسبوعين إلى ستة أسابيع • ويتحدد الفاصل الزمنى بين التطبيقين وفق نوع التفسير المطلوب للدرجات، ويكون معامل الثبات هو معامل الارتباط البسيط بين درجات الاختبار فى التطبيقين الأول والثانى . ويسمى معامل الثبات بإعادة التطبيق باسم معامل الاستقرار، وهو يدل على استقرار الدرجات عبر

الزمن • ويتأثر معامل الثبات بعدد من العوامل أهمها أخطاء استقرار استجابات الأفراد، وتذكرهم لبنود الاختبار من التطبيق الأول • وتصلح هذه الطريقة لحساب ثبات جميع الاختبارات، عدا اختبارات الذاكرة، شريطة أن يتراوح الفاصل الزمنى بين أسبوعين وستة أسابيع، ومراعاة نفس الظروف • ومن عيوبها صعوبة ضبط الظروف فى التطبيقين وتأثر إجابات الأفراد، خاصة فى الاختبارات التحصيلية، بانتقال أثر التدريب وعاملى النضج والتعلم، كما أنها مكلفة فى الوقت والجهد (أبو هاشم، 2011).

2- طريقة التجزئة النصفية : تقوم هذه الطريقة بتقسيم الاختبار على قسمين، أخذين درجات الأفراد الفردية على المقياس لوحدها، ودرجات الأفراد ذات الأرقام الزوجية وحدها، ومن ثم تطبق معادلة بيرسون للارتباط. وقبل استعمال التجزئة النصفية يجب أن يقوم المختص باختبار نصفي الاختبار من خلال استعمال معادلة الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لغرض معرفة التجانس بين نصفي الاختبار(**إن من شروط تطبيق طريقة التجزئة النصفية أن يكون نصفي الاختبار متجانسين فيما بينهما**) ويجب أن يجد الباحث بعد استعمال هذه المعادلة عدم وجود دلالة إحصائية ما بين نصفي الاختبار لأن وجود الدلالة تدل على عدم تجانس الاختبار، وإن على الباحث استعمال معادلة أخرى للثبات تدعى معادلة جتمان للثبات. وبعد التأكد من تجانس النصفين تستعمل هذه الطريقة وعلى وفق معادلة ارتباط بيرسون. ولغرض أكمال معامل ثبات الاختبار على الباحث ان يستعمل معادلة أخرى تدعى سبيرمان براون، حيث أن الدرجة التي يحصل عليها المختص كانت لنصف الاختبار فقط، وإن يستخرج الثبات بصورته الكاملة (رضوان، 2006).

3- طريقة الصور المتكافئة : وفي هذه الطريقة يتم إعداد صورتين متكافئتين من الاختبار، ويكون التكافؤ بمعنى تساوى عدد الأسئلة فى الصورتين، ودرجة سهولة وصعوبة كل بند من البنود المكونة للاختبار • بمعنى أن السؤال الأول فى الصورة الأولى يتكافأ مع السؤال الأول فى الصورة الثانية من حيث الصعوبة أو السهولة • بالإضافة إلى ذلك فإن تكافؤ الصورتين يعنى تساوى معاملات الارتباط بين البنود فى كلتيهما، وكذلك تساوى المتوسط والانحراف المعيارى لكلتا الصورتين ومن ثم ففى هذه الطريقة يفترض مصمم الاختبار أو الاستفتاء أنه يمكن تكوين صورتين متساويتين أو متكافئتين من الاختبار الواحد وهذا التكافؤ يشتمل على الجوانب التالية:

- عدد مكونات الوظيفة التى يقيسها الاختبار.
- عدد الفقرات التى تخص كل منهما.
- مستوى صعوبة الفقرات.
- طول الاختبار وطريقة إجرائه وتصحيحه وتوقيته.
- تساوى متوسط وتباين درجات الأفراد على كل الصور.

ورغم إن طريقة الصور المتكافئة للاختبار تقدم لنا أساساً سليماً جداً لتقدير الدقة فى اختبار نفسى أوتربوى إلا أن هذه الطريقة تثير عدداً من المشكلات العملية. فهى تطلب توفر صورتين متكافئتين للاختبار، وتوفر وقت يسمح باختبار كل فرد مرتين. فى بعض الأحيان، ولا توجد صورة ثانية من الاختبار، أو قد لا يتوفر الوقت لإجراء تطبيق ثان. فتطبيق اختبار ثان منفصل كثيراً ما يمثل مطلباً ثقيلاً على الموارد المتاحة. مثل هذه الاعتبارات العملية المتعلقة بتوافر الإمكانيات جعلت الكثيرين من مؤلفى الاختبارات يتوجهون إلى إجراءات تعتمد على استخلاص تقدير للثبات من تطبيق صورة واحدة فقط من الاختبار. على أن مثل هذه الأساليب هى فى أحسن الأحوال مجرد حلول وسط. والطريقة

التى تعمد على استخراج الارتباط بين صورتين متكافئتين تطبقان فى العادة بفاصل زمنى يمتد إلى عدة أيام أو عدة أسابيع، تمثل الطريقة المفضلة فى تقدير الثبات. وتتميز هذه الطريقة بعدم التأثر بالتدريب أو الخبرة من صورة لأخرى، ويختفى أثر الألفة لاختلاف بنود الصورتين، كما أنها تصلح لحساب معامل ثبات اختبارات الذاكرة والاختبارات التحصيلية. ومن عيوب هذه الطريقة صعوبة تصميم اختبارين متكافئين لقياس نفس السمة أو الخاصية، وانتقال أثر التدريب وبخاصة فى حالة اقتران عملية تطبيق الصورتين، وقصر الفترة الزمنية أو طولها بين تطبيق الصورتين المتكافئتين، والجهد المضاعف المبذول والوقت والتكلفة المبذولة فى بناء الاختبار المكافئ (أبو هاشم، 2011).

4. معامل ألفا كرونباخ للأتساق الداخلي : Cronback – Alpha coefficient For Internal Consistency تعد طريقة ألفا كرونباخ أحد معايير الثبات المهمة لأستخراج الثبات، و تعتمد هذه الطريقة على مدى ثبات أداء الفرد على فقرات الأختبار جميعها (ثورندايك و هيجن ، 1989 ، ص 79) وتقوم فكرة هذا المعامل على حساب الارتباطات الداخلية بين علامات مجموعة الثبات لكل فقرة و العلامات على أي فقرة أخرى من جهة و مع العلامات على الاختبار ككل من جهة أخرى. (عودة، 1985)

أصول تطبيق الاختبار النفسي

1. أن يتدرب الاختصاصي النفسي التدريب الكافي على تطبيق وتفسير وتصحيح الاختبار، فضلا عن ضرورة أن يكون على علم تام بكافة الاخطاء الذاتية والمتوقعة في كل خطوة من خطوات التطبيق.
2. أن يكون المطبق حيادي وموضوعي قدر الأمكان إلى درجة أن العديد من العلماء يؤكدون على أن المختص النفسي الاكلينيكي من الضروري أن يتحكم حتى في ملامح وجهه حتى لا يستشف المفحوص اتجاهات الفاحص.

3. قبل أن يبدأ المختص بتطبيق الاختبار عليه ان يقيم علاقة ودية مع المفحوص تهدف الى تشجيع المفحوص على الاجابة، وأهمية تطبيق هذا الاختبار لحالته المرضية.
4. أن يوفر المختص عند تطبيق الاختبار كافة الظروف المناخية الجيدة من حرارة، وهدوء، وأضاءة..وغيرها وأن لا تؤثر هذه الظروف في المفحوص وفي استمرار تركيزه وانتباهه وحيويته عند الاجابة.
5. ينبغي على الفاحص أن يأخذ في اعتباره أيضا توفير الحد الأدنى المناسب من أستقرار الحالة المزاجية الراهنة للمفحوص، فلا يجب أن يطبق الاختبار والمفحوص في حالة من الارهاق والهياج الانفعالي أو عدم قدرته على التركيز.
6. أن يبتعد المختص عند تطبيق الاختبار عن اصدار الاوامر إلا أذا توقع الظروف المناسبة لذلك، وأن يبتعد عن التعليمات المركبة أو المعقدة أو الغامضة. وأن يبتعد عن السيطرة المتطرفة في قيادة الموقف الاختبار.
7. أن يعمل على استثارة دافعية المفحوص على الاجابة قبل تطبيق الاختبار وأثناءه، حتى تكون الاجابة صريحة ودقيقة، فضلا عن ذلك شعور المفحوص بالراحة والثقة والطمأنينة (غانم، 2007).

استمارة تشخيص الاضطرابات النفسية

بعد أن تعرفنا على أدوات التشخيص النفسي لابد وأن نتعرف على نوع الاستمارة التي ندون فيها المعلومات التي نستحصل عليها عن المريض سواء كانت من المريض نفسه أو افراد عائلته وتسمى هذه الاستمارة بدراسة الحالة وهي أداة إكلينيكية وصورة بحثية عن حياة المريض والتي تحتاج لفحص الحالة العقلية والنفسية وبذلك فهي تفيد فى التعرف على طبيعة المشكلات النفسية والعقلية

التي يعانى منها المريض. وتمد بمعلومات وفيرة ومنظمة عن المريض،وهى تتميز بالبساطة والسهولة وغزارة المعلومات العيادية(عبده، 2012)

إن هذه الاداة عبارة سجل أو تقرير يشتمل على كل المعلومات الأساسية والهامة عن الحالة التي ندرسها أو نعالجها أو نوجهها أو نرشدها،أو نختارها لدراسة معينة أو لممارسة عمل معين.وهي تتضمن : تاريخ الميلاد ومكان الميلاد والمؤسسات التعليمية التي التحق بها الفرد منذ طفولته حتى انتهى من تعليمه،ونتائجه الدراسية فى كل منها،والوظائف التي التحق بها منذ بدء حياته المهنية ومدى توافقه وتوفيقه فى كل منها. والظروف الأسرية التي أحاطت بالفرد وأثرت فيه منذ تكوينه جنينا حتى الوقت الحالي،والأمراض الجسمية والنفسية التي جابهته فى الماضي والمشكلات الاجتماعية التي صادفته على طول حياته وكيف واجهها وأثرت عليه.ونتائج الاختبارات،والتي سبق أن طبقت عليه فى مراحل وظروف سابقة من حياته،وما يعتمل بداخله من آمال ورغبات وما يخشاه ويقلقه من مخاوف وأخطار(سواء واقعية أم متوهمة). ولذلك فتاريخ الحالة عمل مهني هادف إلى تحقيق غرض مهني معين يركز على جمع المعلومات التي تحققه فقط".(طه، 1998). ونقدم نموذج من استمارة تشخيص الاضطرابات النفسية كما جاء في (عبده، 2012)

1- **البيانات الأساسية:**Basic Data

1- أسم الحالة(بالرمز)/

2- السن/( )

3- الجنس/

4- المستوى التعليمي/

5- الحالة الاجتماعية/

6- المهنة/

7- الوظيفة(العمل)/

8- جهة التحويل/

9- السكن/

10- اسم المعالج(الأخصائي)/

11- طبيعة الاتصال بالحالة(تليفون/فاكس/بريد إليكتروني/

12- بيانات أخرى تذكر/

13- النتائج المستخلصة من البيانات الأولية/

&

&

&

&

&

2- **الشكوى الحالية(على لسان المريض)**:Patient Complain

"

2- أ. تاريخ الشكوى وتطورها:

2- ب.التعليق على الشكوى والاستنتاج الأولى:

2- ج.الشكوى(على لسان الأهل):"يمكن الحصول عليها من خلال الأهل وأقارب المريض أو من السجلات الرسمية الحكومية المحولة من قبلها الحالة"

"

"

2- د. التعليق..ومدى اتساق شكوى المريض مع شكوى الأهل:

3- (❖) **التاريخ الشخصي**:Personal History"

ويتم الحصول عليه من خلال المقابلة الشخصية مع المريض والأهل والمسئولين والسجلات الرسمية".

3- أ. الطفولة:

& فترة الحمل والرضاعة:

& الذكريات الأساسية خلال سنوات الطفولة:

& المشكلات الخاصة بالمريض فى مرحلة الطفولة:

& طبيعة العلاقات للمريض فى الطفولة:

3- ب. التاريخ التعليمي للمريضEducational History:

& أخر مستوى تعليمي وصل إليه:

& التخصص(أن وجد):

& سن التحاق المريض بالمدرسة لأول مرة:

& نوع التعليم للمريض(حكومي/خاص/أجنبي)واسم المدرسة أو المعهد أو الجامعة والكلية وموقعها:

& المراحل التعليمية وتواريخها:

& المرحلة الابتدائية:

& المرحلة الإعدادية:

& المرحلة الثانوية(ونوعية التعليم فيها):

& المرحلة الجامعية(والتخصص العلمي):

& الخبرات التعليمية(المدرسية)السارة، والغير سارة..تذكر:

& الانطباع العام للمريض عن خبراته التعليمية:

3- ج. التاريخ العسكريGeneral Service History

(تأدية الخدمة العسكرية/الخدمة العامة للإناث)

& السن للمريض عند بداية التجنيد(الخدمة العامة):

& مدة التجنيد/أو الخدمة العامة:

& انطباع المريض عن مرحلة التجنيد /أو الخدمة العامة:

3- د.التاريخ المهني للمريض(العمل)Job History

& أول عمل التحق به المريض:

& عمر المريض عند التحاقه بهذا العمل:

& المدة التي قضاها فى هذا العمل:

& أسباب ترك العمل الأول (أن وجدت):

& الأعمال الأخرى التي التحق بها بالترتيب مع بيان العمر فى كل عمل:

& الخبرات والعلاقات الخاصة بالمريض فى مجال العمل:

& الوضع المهني الحالي (عمل المريض الحالي):

3- هـ. النمو الجنسي

& عمر المريض عند بداية البلوغ:

& انطباع المريض عند بداية البلوغ عن التغييرات الجسمية والنفسية له:

& الممارسات والعادات الجنسية للمريض:

& اتجاه المريض نحو الجنس الآخر:

3- و.الزواج

& عمر المريض عند بداية الزواج:

& عدد مرات الزواج:

& أسلوب اختيار شريك الحياة(الزوج/أو الزوجة):

& خبرات المريض فى الزواج:

3- م.صورة الذات Self Concept

(فكرة المريض عن نفسه)

& قبل المرض:

& اهتمامات المريض وهواياته وأنشطته المفضلة:

& دائرة علاقاته الشخصية /الميل للوحدة:

& بعد المرض(حاليا):

& التغييرات التي طرأت على شخصية المريض:

3- ن. التعليق والاستنتاج من خلال التاريخ الشخصي للمريض:

4- **التاريخ الاجتماعي للمريض** Social History

الحالة الاجتماعية الحالية:

❖ متزوج ( ) ❖أعزب ( )

❖ مطلق ( ) ❖أرمل ( )

❖ منفصل ( ).

الإقامة (قبل دخول المستشفى):

& مع الزوجة والأولاد: & عدد الأبناء:( )

& مع الأسرة الكبيرة: & عدد أفراد الأسرة:( )

ج- بيانات عن الأسرة:

& الأب:

❖عمر الأب: ❖عمل الأب:

❖عدد الزيجات: ❖مستوى تعليم الأب:

❖عدد الأبناء(أخوة المريض): ❖ترتيب المريض بين الأخوة()

❖علاقة الأب بالأم:

❖علاقة الأب بالمريض:

❖علاقة الأب بباقي الأخوة:

❖علاقة الأب خارج نطاق الأسرة:

&الأم:

❖عمر الأم(بالتقريب): ❖عمل الأم:

❖مستوى تعليم الأم: ❖عدد مرات الزواج:

❖عدد الأبناء للأم :

❖علاقة الأم بالأب:

❖علاقة الأم بالمريض:

❖علاقة الأم بباقي الأخوة:

❖علاقات الأم خارج نطاق الأسرة:

&الأخوة والأخوات:

&الأقارب المقيمين مع الأسرة(إن وجد):

❖عددهم ( )

❖صلتهم بالمريض (درجة القرابة):

❖أسباب الإقامة مع الأسرة:

❖اتجاه المريض نحو أقامه الأقارب:

&بالقبول ( ) & لا يوجد رأى( )

&بالرفض( ).

&أسباب الاتجاه كما يذكرها المريض:

و- التعليق والاستنتاج من التاريخ الاجتماعي:

5- التاريخ الصحي الشخصي والعائلي

Personal and Family Healthy History

(التاريخ المرضى السابق والحالي):

هل أصيب المريض بأية أمراض سابقة؟أو أجرى جراحات معينة؟

& ب- هل أصيب أحد أفراد الأسرة بأمراض سابقة أو أجرى جراحات معينة؟

ج- التعليق والاستنتاج من خلال التاريخ المرضى السابق:

6- **الفحص النفسي** Psychological investigation

أ- المظهر الخارجي :

البنية الجسمية:

الملابس:

الملامح الانفعالية الظاهرة:

السلوك العام للمريض- ومدى تعاونه مع الفاحص:

& التعليق على المظهر:

ب- الوظائف النفسية:

الكلام..اللغة:

الحركة:

الانتباه:

الإدراك:

ردود الأفعال:

حاجات المريض ومدى قدرته للسيطرة عليها:

&التعليق على الوظائف النفسية:

ج- الوظائف العقلية:

مستوى الذكاء:

القدرات النوعية المميزة للحالة:

أسلوب حل المشكلات ومواجهة المواقف:

&التعليق على الوظائف العقلية:

د- الوظائف الاجتماعية:

الاتجاه نحو القوانين والمعايير الاجتماعية، ومدى الاستبصار بها والعمل فى حدودها:

الاتجاه نحو المجتمع عامة:

مستوى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية بالآخرين، ونوع العلاقات الحالية:

& التعليق على الوظائف الاجتماعية:

هـ- الاختبارات النفسية:

& ملحوظات على مواقف التطبيق.

1- استعداد المريض للاستجابة على الاختبارات.

2- مدى سرعة الاستجابة على الأسئلة واستمراريتها.

3- مدى ما تعكسه الاستجابات من فهم المريض/ عشوائية الاستجابة.

4- نوع وحجم المساعدة التي طلبها المريض للإجابة عن بعض الفقرات.

5- الأسئلة أو الفقرات التي توقف المريض عندها كثيرا.

6- مدى حاجة المريض للتشجيع، ومدى تقبله له، وتأثير ذلك على الاستجابة.

7- التعليقات الهامة التي أبداها المريض.

8- الأسئلة أو الاختبارات التي عارض المريض أو رفض تطبيقها.

7- **التشخيص**Diagnosis

أ- التشخيص الفارقDefinitional Diagnosis:

ب- التشخيص الإكلينيكي Clinical Diagnosis.

ج - الشخصية المرضية المميزة Patient Trait Personality .

(إطار نظري موثق فى حدود 30سطر)

8- التنبؤ بالحالة Prognosis..ومبررات ذلك.

9- الخطة العلاجية المقترحة..والتوصيات

Plan Therapy and Advise

التقرير النفسي النهائي Final Psychological Report

أ- الانطباعات المستخلصة من المقابلة الإكلينيكية:

ب- كفاءة الوظائف المعرفية والقدرة على اختبار الواقع:

العلاقة بين الذكاء والإنجاز.

العلاقة بين إمكانيات الشخص وتخيلاته وأمانيه(الطموح)

اتفاق سلوك الشخص مع الواقع.

تابع (ب):

ج- الذكاء وكيفية استخدامه:

د- القلق وطبيعته:

هـ- الاندفاعية فى مقابل التحكم والضبط:

&الحركة والتفاعل بين الدفعات وقوى الضبط:

&نوع وطبيعة الدفعات:

&الدفعات والعمليات المعرفية:

و- الأبنية والميكانزمات الدفاعية:

ز- صورة الذات والسلوك تجاه الآخر:

الفصل السادس
الاضطرابات الانفعالية



6

الفصل السادس

الاضطرابات الانفعالية

اضطراب القلق المعمم (Generalized anxiety disorder) :

حالة مرضية

طفل في السابعة من عمره بدأت أمه تلاحظ أنه أخذ يميل كثيرا الى العزلة والابتعاد عن زملاءه من الاطفال الاخرين، ولا يخرج ليلعب معهم كما كان يفعل من قبل. وقد لاحظ مدرسوه أيضا عدم انتباهه أثناء الدرس، وكثرة شرود ذهنه، وعدم مشاركته اشتراكا إيجابيا في أي نشاط يقوم به زملاؤه التلاميذ. وكان لا يبدي أي أهتمام بما يدور حوله مما دعا المدرسين إلى الشك بمستوى ذكاء الطفل، وإلى ظنهم أنه قد يكون متخلفا عقليا.

وتبين من دراسة حالة هذا الطفل أن هذه الاعراض ظهرت في الشهور الخمسة الأخيرة فقط. أما قبل ذلك فقد كان الطفل اجتماعيا ممتلئا بالحيوية والنشاط، وكثير اللعب والاختلاط بغيره من الأطفال. وبقياس ذكاء الاطفال تبين أنه متوسط الذكاء، ولذلك استبعد الاختصاصي النفسي أن يكون الطفل متخلف عقليا. ولاحظ الاختصاصي النفسي أنه أذا سأل الطفل أي سؤال يتعلق بالأمور العادية الخارجية أجاب الطفل بطريقة آلية. أما إذا سأله سؤال يتعلق به هو نفسه فإنه لا يجيب، بل يطرق رأسه إلى أسفل وكأنه لم يسمع شيئا، وفي بعض الاحيان يحاول أن يغير مجرى الحديث إلى موضوع آخر. وقد استنتج الاختصاصي النفسي من ذلك وجود حالة قلق شديد تمنعه من الحديث عن نفسه، ومن الأفضاء بأية معلومة تتعلق بشخصه. ، وبسؤال والدته عن تاريخ حياته ذكرت أنه بعد فترة شهر تقريبا

من التحاق الطفل بالمدرسة حدث أن جاءها طفل من زملاءه وأخبرها بأن أبنها قام بعمل سيء في المدرسة. وغضبت الأم لذلك غضبا شديدا، وعاقبت أبنها بالضرب الشديد. وتبين أن أعراض العزلة والانطواء وشرود الذهن انما ظهرت بعد هذه الحادثة التى ذكرتها الأم. فأولا، إن افشاء زميله لسره افقده الثقة في زملاءه واصدقاءه من الاطفال. وثانيا، إن الضرب المبرح الذي أصابه على يدي والدته قد أشاع في نفسه حالة من الخوف الشديد الذي لم يمنعه فقط من تكرار اقتراف هذا العمل السيء الذي عوقب من أجله، بل منعه ايضا من محاولة القيام بأي عمل آخر يمكن أن يؤدي إلى عقابه (نجاتى، 1988).

التعريف والوصف



للقلق في علم النفس الحديث مكانة بارزة، إذ هو مفهوم مركزي يظهر كثيرا في الحياة النفسية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، بل وفي أمراض عضوية شتى. ويعد القلق محور العصاب «الاضطراب النفسي» وأبرز خصائصه، أكثر فئاته شيوعا وانتشارا حيث يسهم في تكوين من 30 إلى 40 ٪ من الحالات التي تعاني من الاضطرابات العصابية تقريبا، كما أنه السمة المميزة للعديد من الاضطرابات السلوكية والذهان (الأمراض العقلية) (عبد الخالق، 1987).

وبذلك فأن القلق المعمم أكثر الاضطرابات العصابية شيوعا في الوقت الحالي، وهو انفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر من دون أن يعرف المضطرب مصدره، مما يثير حالة من التوتر الشامل والمستمر (عويضة، 1996). والقلق المعمم قلق مفرط ومزمن، وغير عقلاني، وهو خارج عن السيطرة، وطويل

الامد يدور حول أحداث الحياة اليومية التي لا تتناسب مع مصادرها الحقيقية ؛ وهذا القلق المزمن يتعارض مع الوظائف والأعمال اليومية إذ إن الأفراد الذين يعانون من هذا القلق يتوقعون حصول حادثة أو مكروه معين، ويتعلق هذا القلق الشديد حول الأمور اليومية مثل قضايا الصحة، والمال، والموت، ومشكلات العائلة أو المشكلات الزوجية، أو صعوبات العمل (Kessler et.al , 2005)

ومن هنا يتميز هذا القلق بتوقع الشر وترقبه، وبسيطرة مشاعر الخوف وبعدم الاستقرار، والتسلط على صاحبه. وينبع القلق المعمم من داخل الفرد ولذلك يسمى احيانا بالقلق داخلي المنشأ، حيث يشعر المصاب باحاسيس جسمية وانفعالية تداهمه من الداخل وتنذره بأن أشياء مخيفه ومرعبة على وشك أن تحدث على الرغم من المجهول أو الخوف من المستقبل، وحتى الخوف من لا شيء مع أعراض سلوكية ظاهرة تتغير تبعا للمثير المشتبه به (سعد، 1994).

يختلف القلق المعمم (داخلى المنشأ) عن القلق العادي (خارجى المنشأ) من حيث ان القلق الخارجى يمثل استجابة الفرد لمثيرات حقيقية تضغط على الفرد، وتشكل مصدر تهديد له، كما أنه تقع في مجال أدراك الفرد وسيطرته الارادية . في حين ان القلق المعمم هو خوف من مجهول ومتغيرات لا أصل لها في الحقيقة مما تؤرق الفرد وتسبب له خوفا مستمرا لأنه لا يعرف ما يواجهه من تهديد وخطر (سعد ، 1994)

نتيجة لذلك يعاني الافراد المصابين بالقلق المعمم من ضعف قدراتهم وكفاءاتهم على عيش حياة طبيعية وسعيدة، ويفقدون عملهم ومهنهم، ويتركون دراستهم، فضلا عن ذلك يعاني الافراد القلقون من صعوبات كثيرة في النوم، وعدم الشعور بالفرح والسعادة، وقد يصبحون مكتئبين ومرتبكين، وغير قادرين على تخطيط حياتهم وادراتها بفعالية كبيرة (رضوان، 2009).

وقبل أن ندخل في أعراض القلق المعمم، من الواجب أن نميز بين الخوف والقلق المرضي، وهذا الفرق كالآتي :

فرق الحالة	الخوف	القلق المرض
الناحية الفسيولوجية	يصاحب الخوف من الناحية الفسيولوجية نقص شديد في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء العضلات، مما يؤدي إلى حالة من الإغماء، وذلك في حالة الخوف الشديد	أما القلق النفسي فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة.
الناحية النفسية	أن الخوف سببه معروف، وتهديده خارجي، وتعريفه محدد، والصراع فيه غير موجود، ومدته حادة	سبب القلق مجهول، وتهديده داخلي، وتعريفه غامض، والصراع فيه موجود، ومدته مزمنة

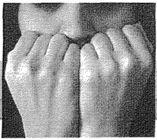
الاعراض

يتصف اضطراب القلق المعمم بالخوف المستمر والمبالغ فيه والضغط العصبي، إذ يقلق الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب بشكل مستمر حتى عندما لا يكون هناك سبب واضح لذلك. و يتركز القلق العام حول الصحة أو الأسرة أو العمل أو المال. فضلا عن ذلك يؤثر القلق المعمم على قدرة الإنسان في القيام بالأنشطة الحياتية العادية، و يصبح الأشخاص المصابين بالقلق العام غير قادرين على الاسترخاء ويتعبون بسهولة ويصبح من السهل إثارة أعصابهم، وكذلك يجدون صعوبة في التركيز وقد يشعرون بالأرق والشد العضلي والارتعاش والإنهاك والصداع. وبعض الناس المصابين بمرض القلق المعمم يواجهون مشكلة القولون العصبي (أبو العزائم، 2005).

لذلك تصنف أعراض القلق المعمم إلى أربعة مظاهر هي :

أولا : اعراض وجدانية، تتمثل بالآتي :

-الخوف.



-الخشية من المستقبل.

-الاحساس بالخطر الوشيك.

-مشاعر من الضيق.

-التوتر بدرجة كبيرة.

ثانيا . اعراض فسيولوجية، وتتمثل بالآتي :



-ضيق الصدر.

-خفقان القلب.

-صعوبة في التنفس والبلع.

-الاحساس بالتنميل.

-صداع.

-توتر العضلات.

-وآلام الصدر والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم.

- وارتفاع ضغط الدم.

-تنميل وخدار في الأطراف.

-التعب

ثالثا . أعراض معرفية، وتتمثل بالآتي :

-اضطراب الانتباه.

-التشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل.

-فقدان القدرة على التركيز.

-ضعف القدرة على التفكير.

-ضعف القدرة على اتخاذ القرار.

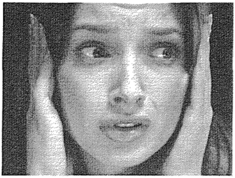
-التخبط والعشوائية في حل المشكلات.

-ضعف التذكر.

-الخوف من الموت.

-شرود الذهن.

رابعا. أعراض سلوكية ظاهرة، وتتمثل بالآتي :



-الارتجاف.

-حركات نمطية.

-اصفرار الوجه.

-التعرق.

-تحاشي والعزلة.

-الهرب.

-الاختباء.

-ارق.

-صعوبة في النوم.

(Olatunji et.al , 2007) (حسان، 2007) (Hewstone et.al , 2005)

وبطبيعة الحال فإن هذه الاعراض لا تكون مجتمعة بالضرورة في الوقت نفسه، ولا يشعر الفرد إلا ببعضها فقط.

العمر والانتشار

وتكون هذه الأعراض ثابتة وتستمر على الأقل مدة 6 أشهر. أما بالنسبة إلى انتشار الاضطراب فيقدر بنسبة قدرها 5٪ من مجموع السكان، ويوجد لدى النساء أكثر من الرجال بنسبة تتراوح بين 2- 3 امرأة لكل رجل واحد)

(Vanin & Helsley , 2008 وتتفاوت هذه النسبة بين دول العالم في تقدير اضطراب القلق المعمم التي تكون كالآتي:

-أستراليا 3 ٪ من البالغين.

-كندا 3- 5 ٪ من البالغين.

-إيطاليا 9, 2 ٪.

-تايوان 4 ٪.

-الولايات المتحدة الأمريكية 1 , 3 ٪ (Anderws et.al , 2000).

ويظهر هذا الاضطراب في جميع مراحل الحياة في حين يقدر متوسط عمر ظهور الاضطراب في عمر 31 سنة تقريبا (Camerron , 2004).

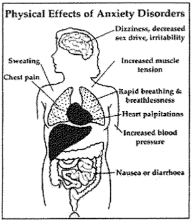
الأسباب

1. الاسباب الوراثية : تشير الدراسات النفسية إن للوراثة تأثير في ظهور اضطراب القلق المعمم، وقد تصل حصة هذا التأثير إلى نسبة قدرها 30 – 40 ٪ وذلك أعتمادا على الدراسات العائلية والتوأمية وغيرها (Yin yan ,2008). وعلى العموم تشير الدراسات الدراسات العائلية، ومنها دراسة Noyes et ,al , 1987 : التي أجريت على ثلاثة مجموعات من العوائل كل مجموعة تحمل 20 مضطرباً، وتحتوي المجموعة الأولى أفراداً مصابين باضطراب القلق المعمم، وتضم المجموعة الثانية أفراداً مصابين باضطراب الهلع مع رهاب الأماكن المفتوحة، وتحتوي المجموعة الثالثة أفراداً مصابين بالهلع من دون رهاب الاماكن المفتوحة، وعند مراجعة وتطبيق السير التاريخية لأسر المصابين أظهرت الدراسة أن اضطراب القلق المعمم والهلع ينتقل بين أفراد الأسرة الواحدة بدرجة أعلى من انتقال الرهاب من الأماكن المفتوحة مما يدلل أن هناك مكون وراثي مسؤول عن الاضطراب. أما على صعيد دراسات التوائم

توصلت دراسة Kendler , 1996 التي أجريت على 1033 زوجاً من التوائم المتماثلة أن نسبة التأثير الوراثي بلغ نسبة قدرها 30 ٪. في حين توصلت دراسة Prescott et.al , 2001 التي أجريت على 3100 زوجاً من التوائم المتماثلة من الذكور والإناث، أن تأثير العامل الوراثي في كل من الرجال والنساء قد بلغ نسبة قدرها 15- 20٪. أما دراسة sunanta et.al , 2001 : التي أجريت على 3327 زوجاً من التوائم المتماثلة والأخوية من الذكور فقد وجدت أن نسبة التأثير الوراثي قد بلغ نسبة قدرها 37,9٪ . فضلا عن ذلك توصلت دراسة Mackintosh et.al , 2005 : التي أجريت على 5748 زوجاً من التوائم المتماثلة والأخوية من الراشدين الكبار ضمن عمر 55- 74 سنة، وبمتوسط عمر 62 سنة أن معامل الارتباط الوراثي بلغ الآتي:

نوع التوأم	معامل الارتباط
التوائم المتماثلة من الذكور	0 ,23
التوائم المتماثلة من الإناث	0,32
التوائم الأخوية من الذكور	0,11
التوائم الأخوية من الإناث	0,8

1 . الاسباب العصبية:



هناك دليل أن الناس المصابين باضطراب القلق يولدوا ولديهم كف سلوكي behavioural inhibition. إذ أن الاطفال الذين لديهم كف سلوكي يكونون خجولين، وهادئين، وخائفين، ومتجنبين اجتماعيا، ولديهم مستويات عالية من الاثارة الانفعالية physiological arousal فهم يثارون بسهولة، ويتفاعلون بصورة شديدة مع المثيرات و الضغوط. لذا يطور هؤلاء

الاطفال على الارجح اضطراب القلق. وتشير الدراسات، أن الاعتلال في الجهاز اللمبي limbic system الذي يفترض أنه يسبب أنواع متعددة من الاستجابات الانفعالية له دور في ظهور اضطراب القلق المعمم anxiety reactions Gray, (1982). فضلا عن ان الناس المصابين باضطراب القلق لديهم مستويات منخفضة من الناقل العصبي المسمى بـ غابا GABA. إذ يعوق عمل الجهاز العصبي المركزي central nervous system من تقليل الاثارة الفسيولوجية physiological arousal والحفاظ على الهدوء والاسترخاء. لذا فإن المستوى المنخفض من الناقل العصبي غابا يمكن أن يؤدي الى الاثارة الانفعالية المتزايدة، والذي يؤدي تبعا لذلك مستوى عالي من الاثارة الفسلجية، وبعد ذلك القلق. (Hewstone et.al , 2005) (Hirschfeld et al., 1992)

2. الأسباب النفسية، وتتمثل بالآتي :

أ – الاستعداد النفسي كالشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه، والتوتر النفسي الشديد، والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية، والشعور بالذنب والخوف من العقاب والنقص، والصراع بين الدوافع والاتجاهات والاحباط والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا... إلخ، والحلول الخاطئة وكثرة المحرمات الثقافية.



ب – مواقف الحياة الضاغطة كالضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة، ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق)، والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الأمن، واضطراب الجو الأسري وتفكك الأسرة، والوالدان العصبيان القلقان

أو المنفصلان، وعدوى القلق وخاصة من الوالدين.

ج – مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي، والطرائق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان... إلخ واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.

د – التعرض للحوادث والخبرات الحادة(اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا)، والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة، والارهاق الجسمي والتعب والمرض.

هـ – الطرائق الخاطئة لتجنب الحمل، والحيطة الطويلة خاصة الجماع الناقص، وعدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات وظروف الحرب.

و – أسباب مرسبة :مثل توقع خيبة الأمل أو صعوبات العمل، أو فقدان عزيز، أو اضطراب العلاقة بالجنس الآخر، أو أي صدمة نفسية أخرى، ويمكن أن يكون السبب عضويا مثل الحمى أو الإصابة أو غيرها (البنا، 2005).

ز– الخصائص الشخصية للفرد : هناك بعض الأشخاص الذين يكون مزاجهم الشخصي هو أحد عوامل الخطر للإصابة بالقلق.فالمزاج temperament عند الأطفال قد تمت دراسته من خلال العديد من الدراسات التي تهتم بأسباب الأمراض. ففي الدراسات للأطفال ذوي الأعمار 7- 16 عام وجد Rapee & Szollos (1997) عند مقارنة أمهات الأطفال غير القلقين مع أمهات الأطفال القلقين، إن أمهات الأطفال القلقين قرروا أن أطفالهم كانوا وبشكل دال أكثر عددا وشدة في نوبات البكاء، وأنهم يعانون (أي الاطفال) مشكلات في النوم، والإحساس بالألم، وأكثر ثرثرة في السنة الأولى من العمر. فضلا عن

ذلك أشارت الأمهات إلى أن أبنائهم كانوا أكثر خوفا من لحظة الميلاد حتى السنة الثانية من العمر.ويجدون صعوبة في تهدئه أنفسهم بعد المواقف المثيرة للمشقة. ومن العوامل الأخرى المرتبطة باضطراب الشخصية ما يدعى بالكف السلوكيBehavioral Inhibition - الذي شرحناه سابقا- حيث يدل الكف على علامات المزاج غير المعتدل مثل حدة الطباع وسرعة التهيج لدي الرضيع والمخاوف في مرحلة بدايات المشي والخجل والحذر والانسحاب في الطفولة (الفاعوري، 2008).

وجهات النظر المفسرة للقلق المرضي	
المنظر	التفسير
فرويد	يرى فرويد ان القلق المرضي ينتج عن صراع بين قوتين في النفس، قوة الغرائز المتمثلة (بالهي) والقوة المقابلة لها وهي قوة المعايير الاخلاقية والتي تعد قوة رادعة ومعاقبة، والتي يعبر عنها فرويد بالأنا العليا، وفي هذه الحالة يكون (الأنا) هو موضوع الخطر، فينشأ القلق المرضي بسبب عجز الأنا تجاه الهي وتجاه الأنا العليا. أي يشعر الشخص نفسه بالضعف والعجز عن التصرف السليم والتوافق مع الواقع الخارجي نتيجة وقوعه تحت ضغط هاتين القوتين.
أدلر	يرى أدلر أن القلق ينشأ في مرحلة الطفولة عندما يشعر بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالامن. وقد حدد ادلر مفهوم القصور في بادئ الأمر بأنه القصور العضوي، ثم ذهب بعد ذلك فعمم هذا القصور حتى شمل بمعناه المعنوي والاجتماعي. ويرى أدلر أن الاحساس بهذا الفصور إذا وصل الى درجة قصوى فان الفرد سيعاني من القلق المرضي. ويضيف ادلر ألى ان نوع التربية التي يتلقاها الطفل في أسرته لها أثر كبير في نشأة القلق المرضي عنده ومحاولة التعويض عنه.
هندرسون وجيلزبي	يعتقد هذا المنظران إن القلق النفسي ينجم عن مواقف احباطية

وجهات النظر المفسرة للقلق المرضي	
المنظر	**التفسير**
	معوقة وكثيرة تؤدي الى الصراع النفسي، ومن هذه المواقف : الحالة الاقتصادية، والفشل في الحياة الزوجية، والفشل في العمل، وأسلوب التربية الخاطئ، وعاهات البدن.. الخ. فجميع هذه المواقف الاحباطية المعوقة ينتج عنها سلسلة من ردود الافعال المقلقة، وعندما تتكرر هذه المواقف نجد هذه المشاعر تتراكم ثم تظهر آثارها في سلوك الفرد الخارجي، لذلك ينجم القلق المرضي عن أمور مادية وعائلية ونفسي وليس عن الامور الجنسية فقط مثلما قال فرويد.
المدرسة السلوكية الجديدة	يرى اصحاب المدرسة السلوكية أن جميع انواع السلوك متعلمة سواء كانت سوية أو غير سوية. ويرى اصحاب المدرسة السلوكية الجديدة ومن بينهم (شافر، ودوركس) أن القلق المرضي عبارة عن استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ومن ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، ومن هذه المواقف مثلا مواقف ليس فيها اشباع، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته لمواقف يحدث فيها خوف وتهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح مما يعمم القلق الى جميع المواقف بصورة مرضية.
كارن هورناي	ترى هورناي في القلق بوصفه مظهرا عصابيا، وتسمي القلق العصابي بالقلق الاساسي. وقد عَرفت هورني القلق الأساسي بقولها Basic Anxiety (إنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم يحفل بالتوتر والعدوانية، وترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي : 1. الشعور بالعجز . 2. الشعور بالعداوة .

وجهات النظر المفسرة للقلق المرضي	
المنظر	**التفسير**
	3. الشعور بالعزلة . وهو ينشأ من العناصر التالية : أ- انعدام الدفء العاطفي في الأسرة وتفككها وشعور الطفل بأنه شخص منبوذ في المنزل وهو يعتبر أهم مصدر من مصادر القلق . ب- المعاملة التي يتلقاها الطفل لها علاقة وطيدة بنشأة القلق، فنوع العلاقة بين الوالدين عامة والأم خاصة، لها انعكاس على ظهور حالات القلق عنده، وهذا ما ذهب إليه (فولبة) حين بين أن علاقة الطفل بأمه علاقة مترابطة متسقة، وهي هامة لشعور الطفل بالأمن والطمأنينة، وأن كثيراً من المشكلات التي يظهرها الطفل في مستقبل حياته ترجع -إلى حد كبير- إلى حرمانه من الدفء العاطفي بين الطفل وأمه في طفولته المبكرة . ج- المعاملة المنتشرة في البيئة الاجتماعية التي تمتد حول الأسرة، فالخداع، والكذب، والغش، والحسد، والعدوان، والتناقضات الاجتماعية، وأشكال العنف المختلفة التي ينطوي عليها المجتمع حول الأسرة، كل هذه الحالات تعتبر مصدرا قويا من مصادر القلق.والاتجاه هذا الذي تذهب إليه هورني معناه أننا لا نحتاج إلى تفسيروقائع ميلاد الطفل لفهم ميلاد القلق، وأن شروط الحياة الواقعية التي يعيشها الطفل في مراحل نموه تكفي لأن تمدنا بالعناصر التي تعمل على تكوين القلق لديه بصورة تدريجية، فالقلق ينبع من شعور الفرد بعجزه وضعفه وحرمانه، وهو شعور ينمو

وجهات النظر المفسرة للقلق المرضي	
المنظر	التفسير
	تدريجيا مع عناصر من تربية الأسرة، وعناصر من تأثير المحيط الاجتماعي الكبير الذي يحيط بها، ويغذيه ذلك التناقض العظيم الذي تنطوي عليه الحياة في مظاهرها الاجتماعية، ومظاهرها الطبيعية (فهمي، د.ت) و(الرفاعي، 1986).

تشخيص القلق المعمم :

من أهم المحكات لتشخيص القلق المعمم، هو تشخيص الجمعية الامريكية للطب النفسي الذي يتم في حال وجود : الشعور الزائد بالترقب والخوف وانشغال الذهن حول أمور متعددة، مع صعوبة السيطرة على هذا الشعور، ولمدة ستة أشهر على الأقل في معظم الأوقات، إضافة لوجود ثلاثة أعراض على الأقل مما يلي :

1- الإحساس بالتوتر والتململ وعدم الراحة والغليان (على أعصابي طوال الوقت).
2- سرعة التعب والإرهاق.
3- صعوبة التركيز أو الشعور بفراغ العقل.
4- العصبية والتهيج والنرفزة.
5- التوتر العضلي (آلام في العضلات، الشد على الأسنان، تأرجح الصوت).
6- صعوبات في النوم (الأرق وصعوبة الدخول في النوم، تقطع النوم وعدم إشباعه) (المالح، 1997)

رغم هذه العلامات التي تدل على القلق المعمم هناك بعض الخطوات الرئيسة التي يجب مراعاتها عند التشخيص، هي :

1 – في التشخيص يجب العناية بالفحص الطبي الدقيق، وتقييم الشخصية ودراسة تاريخ الحالة.

2 – وفي حالة وجود الأعراض الجسمية، يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى أو الاضطرابات العصابية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب (وفي كثير من الحالات نلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية، ولا يذكرون أي شيء من الأعراض الانفعالية للقلق، لاعتبارهم أن القلق مرض نفسي، وهم يريدون أن يدفعوا عن أنفسهم وصمة المرض النفسي.

3 – في التشخيص يجب التفريق بين القلق المرضي أو العصابي الحاد المزمن، وبين القلق الموضوعي أو السوي.

4 – في التشخيص يجب التفريق بين القلق وبين الفصام في مراحله الأولى، والفارق الأساسي بينهما وجود اضطراب الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده في القلق (البنا ، 2005).

علاج القلق :

إن أهم ما يتخذ تمهيدا للعلاج، هو تقصي تاريخ المريض بصورة تفصيلية، وفحصه فحصا شاملا ، ثم نتقدم بعد ذلك في علاجه (البنا ، 2005) ومن أهم العلاجات النفسية للقلق من خلال الآتي :

1. **العلاج المعرفي السلوكي** : وهو علاج للعالم (بيك) ويتم من خلال صياغة مشكلة المريض وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما

ينبغي)، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل (حادثة محزنة، تغير شيء مألوف) وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل).ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

2. **العلاج العقلاني الانفعالي** : علاج للعالم البرت **اليس** يقوم على تغيير الأفكار الخاطئة وغير المنطقية لدى المصاب بالقلق مثل. "أنا إنسان فاشل" أو "الفشل يعني النهاية بالنسبة لي" أو "أنا شخص عديم الفائدة". فيرى أليس أن الإنسان لا يتوتر ويقلق ويضطرب عن طريق الأشياء ولكن بفكرته عن تلك الأشياء، ومن هنا يرى **اليس** أن الشعور بالقلق يتحدد من خلال الطريقة التي يفكر بها. لذا يأتي العلاج عند **اليس** يأتي من خلال دحض الأفكار الخاطئة والغير منطقية .(Ellis , 1979)
3. **العلاج النفسي التدعيمي** : ويتم من خلال تعليم المريض الاسترخاء عن طريق تخيل بأنه موجود في مكان يحب أن يكون فيه.

4 – **الإرشاد العلاجي والإرشاد الزواجي للقلق : من خلال** حل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها.

5 – **العلاج البيئي للقلق** : ويتم من خلال تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض، وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر، والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصداقات والتسلية والموسيقى والعلاج بالعمل.

6 – **العلاج الطبي للأعراض الجسمية المصاحبة للقلق : وذلك** بتطمين المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمي، واستخدام المسكنات (مثل الباربيتورات) واستخدام المهدئات(مثل ستيلازين)، واستخدام العقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم). وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات، حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ. ويجب الحرص في استخدام العقاقير المهدئة خشية حدوث الإدمان. وقد وجد استخدام علاج التنبيه الكهربائي والعلاج المائي في بعض الحالات.

7 – **العلاج الاجتماعي** : ويتركز في تكييف حالة المنزل والعمل، حتى نخفف عن كاهل المريض بعض أعبائه التي تزيد من حالته ، وإزالة الأسباب العائلية المسببة للقلق. (البنا ، 2005) و(شاهين والرخاوي، 1977).

الفوبيا أو الرهاب (Phobia)

حالة مرضية

فتاة جامعية تبلغ من العمر تسعة عشر عاما ، تعانى من حالة خوف غريب وهو الخوف من عيون الناس .إذ أنها لا تستطيع النظر إلى عيون صديقاتها أو إلى عيون الناس في الشوارع ، في التجمعات . وعندما تخاطب أحد الناس فإنها في الأغلب تخاطبه دون أن تنظر إلى عينيه مباشرة ، فالنظر الى عيون الناس يجعلها تشعر بحالة غامضة من الخوف ، فضلا عن ذلك فإن هذه الفتاة كثيرا ما تحلم ببعض الأحلام المزعجة التى ترى فيها أشخاصا ينظرون إليها بعيون جاحظة مخيفة.

وقد استطاعت هذه الفتاة أثناء العلاج النفسى أن تتذكر حادثة مرت بها وهي في سن السابعة تقريبا. فقد كانت في زيارة عمتها التي كانت كفيفة البصر . وفي اثناء هذه الزيارة دخلت الفتاة غرفة عمتها خلسة ولم

يكن فيها أحد ، وأخذت تعبث بمحتوياتها . ودفعها حب الاستطلاع إلى فتح أحد الدولاب الموجودة في الغرفة ، فإذا بها ترى عينين براقتين تنظران إليها في الظلام من داخل الدرج . لم تر الفتاة وجهاً ، وإنما رأت عينين فقط دون وجه فتملكها الخوف ، وأسرعت تجري خارج الغرفة . وقد خافت أن تقص هذه القصة على عمتها أو أفراد أسرتها خوفا من عقابهم لها لدخولها الغرفة دون استئذان .

لم تكن هاتان العينان اللتان شاهدتهما الفتاة إلا عينين زجاجيتين كانت العمة الكفيفة تستعملهما أحيانا . ولكن الفتاة الصغيرة لن تفهم ذلك، ولذلك خافت خوفا شديدا حينما رأت العينين دون وجه . وقد كانت هذه الحادثة سببا في ارتباط الخوف بالعيون . وقد كبرت الفتاة ، ونسيت هذه الحادثة ، ولكن الخوف من العيون استمر بعد ذلك . وقد ساعد على استمرار هذا الخوف مدة طويلة إخفاء الطفلة لهذه الحادثة وعدم الإفضاء بها لأحد خوفا من العقاب . إن كتمان هذه الحادثة وعدم التحدث عنها لم يعط فرصة لتقليل الخوف المرتبط بالعيون أو لإطفائه مما ولد لديها الخوف المرضي (نجاتي ، 1988)

التعريف والوصف



الفوبيا كلمة يونانية قديمة تعني الخوف أو الخوف المرضي، وهي خوف دائم من حدوث أشياء أو مواضيع تتطلب من المريض مدة طويلة كي يتخلص منها على الرغم من أن هذا الخوف غير منطقي، ولا يتناسب مع شكل الخطر الفعلي للموضوع المخيف.(Bourne , 2011) . ولعل اولى الكتابات التي بدأت حول هذا الموضوع بما اورده (ويستفالWestphalعام 1871) عن رهاب

المجال Agoraphobia ومن ثم كتابات (فرويد 1895) التي اشارت الى وجود خوف حقيقي واخر غير حقيقي، وبعدها جاءت توضيحات (هنري مودزلي Moudselyعام 1900) عن رهاب المجال الذي سبق ان وصفه **ويستفال** بعده عرضا منفصلا ومميزا لا يشمل كل انواع الرهاب كما كان يعتقد، الا انه بنفس الوقت لم يتفق مع الذين يحاولون اعطاء تسميات عدة للرهاب تبعا للمواقف المرهوبة، مشير الى ان جميعها تنضوي تحت مصطلح السوداوية Melancholia. اما بداية القرن العشرين فقد شهدت محاولات (كرابلن Kraeplinعام 1913) لاعطاء تفصيلات اكثر عن الافكار والمخاوف التي يصعب السيطرة عليها، الا انه لم يميز بين الرهاب والتسلط القهري، واستمر هذا الحال حتى ظهور الاتجاهات الحديثة لعلم النفس بمدارسه المعروفة التي اعطت المزيد من التفصيلات عن طبيعة هذا الموضوع بعده نوعا من انواع العصاب الذي ينتشر في المجتمعات البشرية كافة(العبيدي، 1991). ويمكن القول أن الفضل الكبير في دراسة الرهاب بانواعه المختلفة ترجع لجهود العاملين في الجميعية الامريكية للطب النفسي، ومنظمة الصحة العالمية، حيث تنوعت دراسة الرهاب في التصنيفات التي تقوم هاتان الجمعيتان بنشرها دوريا.

ويعرف الرهاب بأنه خوف شديد لايتناسب مع خطورة الموقف الخارجي، كما لايستطيع المصاب به تبريره او اعطاء سبب مقبول لحدوثه، يؤدي الى تجنب الموقف المخيف(العبيدي، 1991). لذللك فالخوف المرضى هو خوف لا عقلاني أو غير منطقي، يدركه الفرد نفسه، ولكنه لا يستطيع التخلص منه. وبما أن الخوف المرضي عبارة عن انفعال شديد فأنه يدفع بالفرد إلى تجنب المثير الذي يخيفه، لذا فأن عملية التجنب في حالة الخوف، أمر شائع ويكون متناسباً إلى حد بعيد مع المنبه المثير للخوف (الأشقر، 2004).

ويظهر الرهاب بظهور المثير للخوف سواء كان ذلك جسماً مادياً أو حالة اجتماعية، فمثلا يظهر الرهاب عندما يكون لدى الفرد خوف غير منطقي وغير

ملائم من الفئران، إذ كلما اقترب المصاب من الفئران ازدادت لديه شدة الرهاب والخوف والضغوط، فيدفعه الخوف به إلى الهرب منه. في حين يختفي الرهاب بغياب المثير أو المحفز الرهابي. ويتنوع الرهاب بتنوع المثير أو المحفز، فقد يكون الرهاب من الأفاعي أو المصاعد أو العناكب أو المرتفعات، كما يظهر الرهاب أيضا ضمن الحالات الاجتماعية مثل الخطابة والمناطق المزدحمة ؛ وبذلك يمكن تقسيم الرهاب (الخوف المرضي) على نوعين هما الخوف المرضي الخاص، والخوف المرضي الاجتماعي (DSM VI , 1994). ومن تعريفات الرهاب أو الخوف المرضي أيضا، هو :

- Sdorow , 1995 : خوف شديد ومستمر من موضوع أو موقف لا يعد في الواقع مصدرا واضحا أو بارزا للخطر. وهو خوف من نوع خاص لا يتناسب مع حقيقة الموقف، ولا يوجد تفسير أو سبب واضح له، فهو أبعد ما يكون عن قدرة الفرد في السيطرة عليه أو تجنبه (صالح، 2005)
- Nardone, 1996 الخوف المرضي بأنه خوف من أشياء أو موضوعات لا تثير الخوف بطبيعتها عند عامة الناس، أو لا تثيره بنفس الدرجة من الشدة، حيث لا يتفق حجم الخوف مع مقدار الخطر المتضمن في المثير، وإنما يزيد عليه (الأشقر، 2004).
- Weiten ,1998 : خوف مبالغ فيه ولا يحمل في طياته ما يبرره (صالح، 2005).

وعلى الرغم مما سبق وجدت الدراسات إن شدة الرهاب وحدته تتفاوت عند المصابين به إذ يمكن لبعض الأفراد أن يتفادوا موضوع خوفهم ببساطة، ويعانون من قلق معتدل نسبيا من ذلك الخوف. في حين يعاني الآخرون من نوبات رعب شاملة تعطل حياتهم ومجالاتهم النفسية، فضلا عن ذلك يفهم المصابون أنهم يعانون من خوف لا عقلاني لكنهم ضعفاء في تجاوز استجابات الرعب الأولية لديهم (Gersley , 2001)

أنواع الرهاب واعراضه

تختلف الاعراض السريرية للرهاب على وفق نوع الرهاب، ويمكن تشخيص اعراض الرهاب على وفق نوعه بالآتي :

1. الخوف المرضي المعين :

يتحدد الخوف هنا بموضوع معين، والذي يجلب الخوف المفرط وغير المعقول عندما يكون الموضوع حاضرا أو متوقع ظهوره، فضلا عن ذلك فأن الخوف المرضي المعين يشمل أنواع أخرى مثل اضطراب الهلع وفقدان السيطرة – الذي سنتناوله لاحقا – وتشخص الاعراض السريرية للخوف المرضي المعين كما حددتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي بالآتي :

- خوف ملاحظ ومستمر، ويكون هذا الخوف مفرط وغير معقول يظهر من خلال وجود شيء معين مثل الحيوانات، والمرتفعات، والدم.. وغيرها.
- ظهور استجابة قلق فورية عند التعرض في جميع الحالات للمثير المخيف، والذي قد يأخذ شكل أو حالة نوبة من الفزع. وقد يعبر عنه باستجابات فسيولوجية، ونفسية.

الاستجابات الفسيولوجية	الاستجابات النفسية
ضيق الصدر. وخفقان القلب. وصعوبة في التنفس والبلع. والاحساس بالتنميل. وصداع. وتوتر العضلات. وآلام الصدر والإحساس بالنبضات في أجزاء مختلفة من الجسم. وارتفاع ضغط الدم. وتنميل وخدار في الأطراف.والتعب. وشحوب الوجه. والتعرق. والارتعاد	الخوف. والاحساس بالخطر الوشيك. ومشاعر من الضيق. واضطراب الانتباه. وفقدان القدرة على التركيز. وضعف القدرة على التفكير. وضعف القدرة على اتخاذ القرار. والتخبط والعشوائية في حل المشكلات. والخوف من الموت.وشرود الذهن. وتحاشي والعزلة. والهرب. الاختباء . (Olatunji et.al , 2007)

- يعرف الشخص بأن خوفه هذا غير معقول ومفرط، وقد تغيب هذه المعرفة عن الاطفال.

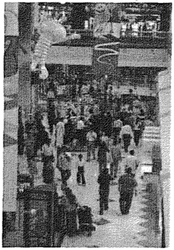
- تجنب موضوع الخوف أو بطريقة أخرى عدم تحمل الضغوط والقلق الذي يثيره الموضوع المخيف.
- يتدخل تدخلا ملحوظا بمهنة الشخص ونشاطاته العائلية والاجتماعية، ويظهر تحت سن 18 سنة، وبمدة لا تقل عن 6 أشهر.

انواع المخاوف المرضية	
الخوف من الاماكن العالية	Acrophobia
الخوف من الاماكن المفتوحة	Agoraphobia
الخوف من القطط	Ailurophobia
الخوف من الماء	Aquaphobia
الخوف من الرعد	Astrophobia
الخوف من الاماكن المغلقة	Claustrophobia
الخوف من الكلاب	Cynophobia
الخوف من الدم	Hematophobia
الخوف من الجراثيم	Mysophobia
الخوف من الوحدة	Monophobia
الخوف من الحشد	Ochlophobia
الخوف من النار	Pyrophobia
الخوف من الغرباء	Xenophobia
الخوف من الحيوانات	Zoophobia
الخوف من الخوف	Phobophobia
الخوف من الزهور	Anthophobia
الخوف من الجياد	Equinophobia
الخوف من الارقام	Nomerophobia
الخوف من الظلام	Noctophobia
الخوف من الافاعى	Ophidiophobia
الخوف من المدرسة	School-phobia
الخوف من الطيران	Ariplane-phobia

(سعد، 1994)

2. **رهاب المجال** Agoraphobia :

على الرغم من أن رهاب المجال يصنف ضمن الخوف من موضوع معين، إلا أن هذا الرهاب هو أكثره انتشارا بين انواع الرهابات المتنوعة. لذا شغل حيزا كبيرا من الدراسات الاكلينيكية حول هذا النوع من الاضطراب.



ويُعد إضطراب رهاب المجال من مجموعة الرهابات phobias"ويتضمن الخوف الشديد من الاماكن العامة والمغلقة إذ يرغب الشخص في تجنب الزحام الشديد وخطر الوقوع في شرك حيز الاختناق، لذا يصل هذا الخوف الى حد التجنب القوي لأن عدم تجنب ذلك سيكون سلوك الفرد شاذا.(عبد الحسن، 2012). ويعرف رهاب المجال بأنه

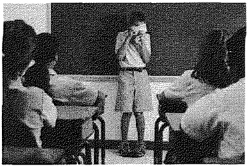
- صالح، 2005 :الخوف من الاماكن العامة – والمغلقة- ، بسبب قلق الشخص بأنه سيقع في إحراج شديد إذا خرج إلى أماكن عامة (صالح، 2005)

- ابو العزائم، 2006 : الخوف من التعرض لنوبة ذعر في مكان أو موقف يكون الهروب منه صعبًا أو محرجًا. ويصبح القلق من التعرض لهذه الأماكن قويًا جدًا إلى درجة أنه يولد نوبة ذعر حادة، وعادة ما يتجنب الأشخاص المصابين بهذا النوع من الرهاب التعرض للمواقف التي تسبب رعبهم (أبو العزائم، 2006)

وقد استعمل مصطلح رهاب المجال "Agoraphobia" في تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD بشكل اوسع مما كان عليه عند أستعماله في الجمعية الامريكية للطب النفسي، فاستعماله في تصنيف منظمة الصحة العالمية لا يقتصر على المخاوف من الاماكن المفتوحة، ولكن يتعدى ذلك الى المخاوف من مواقف مرتبطة بتلك الاماكن مثل الزحام الشديد وصعوبة النجاة بسهولة الى

مكـان آمـن(العـودة الى المنـزل في العـادة) فالمصـطلح إذن يشـير الى زمـرة مـن الرهابات المترابطة والمتداخلة وتشمل مخاوف مغادرة المنزل او الدخول الى المحلات التجارية او المناطق المزدحمة او الامـاكن العامـة او السـفر وحيداً في القطـارات او الحـافلات او الطـائرات.وبـالرغم مـن التبـاين في شـدة القلـق ومـدى سـلوك التجنـب (AvoidanceBehaviour) الا ان هـذا الإضـطراب هـو اكثـر إضـطرابات الرهـاب احـداثاً للعجـز، بـل ان بعـض الاشـخاص يبقـون رهـائن المنـزل تمامـاً. وكـثير مـن المرضى يرتعدون من فكـرة ان ينهـاروا في مكـان عـام ويتركـوا دون مسـاعدة. ان فكـرة عدم وجود مخرج في مكـان ما، وصعوبة الحصول على المساعدة في مواقـف الخطر هي إحدى السمات الجوهرية لإضطراب رهـاب المجـال، وتشـير الـدلائل أن اغلب المرضى من النساء ويبدأ الإضطراب عـادةً في مقتبل العمـر كمـا يمكـن ان تكون هناك اعراض اكتئابية ووسواسية (عبد الحسن، 2012)

3. **الرهاب الاجتماعي** Social Phobia :



إن الفرق بين هذا النوع من الخوف عن سـابقه، هـو أن الرهـاب الاجتمـاعي يشـمل الخوف من المواقف التي يتواجد فيها جمهور مـن النـاس، والـذي يـؤدي بـه الى الشـعور بـالاحراج أو الخجـل (1994 , APA). لـذا يمكن تعريفه بأنه خوف دائم وواضح من واحد أو أكثر مـن المواقـف الاجتماعيـة أو الأداء الاجتماعي. بمعنى آخر هو خوف الفرد من المواقف الـتي يوجـد فيهـا نـاس آخـرون. ولا يعـني ذلـك خوفـه مـن إلحـاق الأذى بـه، إنمـا يخـاف أن يمعـن الآخـرون النظر فيـه، فيشـعر عنـدها بـالإحراج أو الخجـل. ولهـذا فهـو إذا كـان يأكـل ورأى الآخرين ينظرون إليه، فأن الملعقة قد تقع مـن يده. وإذا كـان بيـده كـوب الشـاي فقد ينسـكب عليه. ولهذا فأن قلقه المفرط هذا يضعه أمام خيارين، إما أن يتوقـف عن الأكـل أو الشـرب، وإما أن يغادر المكـان.

والشخص المصاب بالرهاب الاجتماعي يخاف أيضاً من النقد، أو الظهور أمام الآخرين، أو ممارسة الرياضة بحضورهم، او مواجهة الجنس الآخر.. بل هو يخشى حتى التقاء العيون. وهو إذا تعرض إلى مثل هذه المواقف فأن الشيء الذي سيشغل تفكيره هو خوفه من الفشل أمام الآخرين. ومشكلته أو علّته انه يتوقع حدوث هذا الفشل. ويزداد يقينه بذلك عندما يبدأ وجهه بالاحمرار، وترتعش يداه، ويتصبب العرق منه، وتزداد ضربات قلبه. وتعمل هذه الأعراض كلها كما لو كانت جرس إنذار بحصول ما لا يحمد عقباه، يدفعه إلى أن يغادر الموقف فيتجنب الموقف الاجتماعي بالهرب منه. أما إذا أضطر مجبراً على البقاء فيه، فأنه سيغض بصره عن الآخرين، وينظر إلى الأرض أو الفضاء أو أي شيء آخر يشغله عن الآخرين، ويكون صوته ضعيفاً خافتاً (صالح، 2005)

ولذلك فأن معظم الناس الذين يحسون بالرهاب الاجتماعي يحاولون تجنب المواقف التي تثير هذا الخوف أو يتحملون هذه المواقف وهم يشعرون بالضغط العصبي الشديد. ويتم تشخيص الرهاب الاجتماعي إذا كان الخوف أو التجنب يتدخلان بشكل كبير في روتين الحياة الطبيعية المتوقعة للشخص أو إذا أصبح الرهاب يضايق المريض بشدة. وعلى سبيل المثال، فإن الشخص الذي يكلف بالقاء خطابة عامة، ويشعر حينها بخوف شديد إلى درجة تحد من عمله وحركته، فإن هذه الحالة سوف تشخص على أنها رهاب اجتماعي. (أبو العزائم، 2006).

ومن أهم المعايير التشخيصية الأخرى للرهاب الاجتماعي، ذلك التشخيص الذي حدد فيه الجمعية الأمريكية للطب النفسي الاعراض السريرية للرهاب الاجتماعي، وكالآتي :

1. خوف ملاحظ أو دائم في واحد أو أكثر المواقف الاجتماعية، أي في موقف اداء يكون فيه الشخص متعرض الى الناس الغرباء والى ملاحظاتهم المحتملة، حيث تعمل تلك على اثارة اعراض خوف الفرد، والتي تكون محرجة ومذله.

2. جميع حالات التعرض الى المواقف الاجتماعية تقريبا تثير الخوف لدى الافراد، والتي قد تأخذ شكل حالات معينة تميل الى نوبات من الهلع.

3. يعرف الشخص أن خوفه المفرط غير معقول، وهذه الملاحظة غائبة عن الاطفال.

4. يتجنب الفرد مواقف الاداء الاجتماعي المخيفة، والتي يحتمل أن تثير فيه الخوف الحاد.

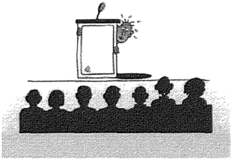
5. تجنب وتوخي حذر وضغط المواقف الاجتماعية التي تتداخل بشكل ملحوظ مع اعماله الاكاديمية والمهنية ونشاطاته وعلاقاته الاجتماعية.

6. يظهر لدى الافراد تحت سن 18 سنة، وبمدة 6 أشهر على الاقل.

7. تظهر هذه الاعراض نتيجة اضطراب الحالة النفسية لدى الفرد وليس بسبب التأثيرات الفسيولوجية الناجمة عن عقار أو مرض معين (الجمعية الامريكية للطب النفسي، 1994).

ويقسم الاطباء النفسيين وعلماء النفس ذوي الاختصاص الرهاب الاجتماعي الى نوعين:

أ. القلق الاجتماعي :



يتمثل هذا النوع من الاضطراب على حد تعبير باس Buss بأنه عدم ارتياح الشخص عند وجوده بين الاخرين، ويتمثل بالانزعاج من نظراتهم او التحدث اليهم وتجنب اقامة علاقات اجتماعية معهم، وكذلك يظهر هذا الاضطراب من خلال ضروب مختلفة من السلوك كالارتباك وقلق الجمهور والشعور بالخزي والخجل. لذا فإن القلق الاجتماعي خوف مزمن من المواقف المختلفة التي يشعر فيها الشخص بانه محط الانظار والخوف من القيام بشيء ما

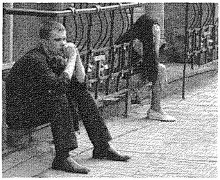
مخجل او فاضح. فضلا عن ذلك له مظاهر متعددة تتضمن استجابات سلوكية تمثل خصائص القلق الاجتماعي وتختلف من شخص إلى آخر تبعاً لطبيعة استعداداته الفطرية ومكوناته البيولوجية واساليب تنشئته الاجتماعية وخزين خبراته. وهذه كما حددها (نيكولاس 1974)

- الحساسية والخوف من أن يكون الفرد ملاحظاً من قبل الآخرين.
- التغذية الراجعة السلبية وملاحظة رفض واستنكار الآخرين له.
- الانتباه الزائد من قبل الفرد لنفسه والآخرين.
- امتلاك الشخص نظرة سلبية نحو ذاته (حسين، 2003).

ويرى باس Buss , 1980 أن هناك أربعة أبعاد للقلق الاجتماعي،

- الارتباك **Embarrassment**: هو ضعف قدرة الفرد على القيام بسلوك اجتماعي مناسب في المواقف الاجتماعية المختلفة.
- **الشعور بالخزي: Shame** :هو شعور الفرد بمفهوم ذات متدني عن الواقع أو عن ادراك الآخرين له وبتضخيم ذوات الآخرين فيؤدي بالفرد إلى سوء التوافق".
- **قلق الجمهور: Audience Anxiety** :هو الخوف الظاهر بين البالغين" وهو ميل الفرد لعدم ابداء سلوكات اجتماعية مناسبة في المواقف الاجتماعية أمام جمع من الناس قد تكون حفلة في المدرسة أو عند ركوب حافلة ركاب.
- **الخجل Shyness** : ميل الفرد لتجنب الاختلاط مع الآخرين وابداء مشاعر الانزعاج وعدم القدرة على التعبير ومواجهة الآخرين في المواقف الاجتماعية(Buss , 1980)

ب. قلق التحدث أمام الآخرين :



يعد قلق التحدث أمام الأخرين أحد مظاهر الرهاب الاجتماعي الخاص، كما هو أحد مظاهر القلق الاجتماعي الذي يتحدد بمواقف معينة كالكلام أمام الناس أو ضيافتهم. ففي قلق التحدث أمام الآخرين يخشى الشخص أن يخطئ في الحديث، أو أن يتكلم بطريقة غير لائقة، أو أن يفسر كلامه بشكل خاطئ وسلبي، أو أن يتعلثم أثناء الكلام، أو يخشى العجز عن الاستمرار في الكلام والاجابة عن الأسئلة، فضلا عن الخوف من أن يكون موضع سخرية من جراء ذلك. لذلك يمنعهم هذا الخوف من التحدث أمام مجموعة من الناس، إو إلقاء خطب في مناسبات رسمية أو غير رسمية، فنجدهم يهربون من هذه المواقف لأن قلقهم يزداد حدة كلما أقتربوا منها بدرجة لا تحتمل. لذلك يظهر القلق في مواقف التحدث مع الآخرين، ويزداد سوءا مؤديا الى التلعثم في الكلام، والتعرق، واحمرار الوجه، واضطراب التنفس، ورعشة اليدين، وتناسي الافكار، ليصبح العقل صفحة بيضاء (الأشقر، 2004).

العمر والانتشار

تعبر حالات الرهاب عن نفسها لأول مرة في الفترة ما بين سن 15 - 20 عاما، على الرغم من أنها يمكن أن تحدث في بداية سن الطفولة. وتؤثر حالات الرهاب على الأشخاص من الجنسين ومن مختلف الأعمار والأعراق والمستويات الاجتماعية. ويمكن أن يكون الخوف الذي يحس به الأشخاص الذين يعانون من الخوف كبيرا إلى درجة أن الناس قد يفعلون أشياء كثيرة لتجنب مصدر خوفهم. وأحد ردود الفعل المتطرفة للرهاب هو نوبات الذعر المرضي.(أبو العزائم، 2005). أما نسبة انتشار هذا الاضطراب فإن واحداً من بين ثلاثة وعشرين شخصا يعاني

من الخوف المرضي، ويقدر ذلك بنسبة 4,25 ٪ من أجمالي السكان في العالم وهناك ما يقارب 11,5 مليون شخص يعاني من هذا الاضطراب في الولايات المتحدة الأمريكية، وما يقارب 2,5 مليون شخص في بريطانيا وفي كل عام يعاني من 5٪ إلى 9٪ من الأفراد من نوع أو أكثر من أنواع الرهاب.وتختلف أعراض الرهاب ما بين الحالات الخفيفة إلى الحالات الحادة. (Phobias-Help center , 2010) و (Somers et.al , 2006). في حين يعّد رهاب المجال النوع الأكثر انتشارا، إذ تصل نسبته إلى حوالي (60٪) من الرهابات بشكل عام، ويكون أكثر شيوعاً بين النساء (صالح، 2005).

الأسباب

1.الاسباب الوراثية : لم تفهم أسباب الرهاب على نحو واسع إلى الآن وعلى العموم فإن الوراثة تمارس تأثيرا فاعلا في ظهور الاضطراب، إذ تبين الدراسات العائلية والتوأمية أثر الوراثة في تفجره لدى المصابين (Villafuete & Burmeister , 2003) ومن الدراسات العائلية هي دراسة Solyom et.al , 1974 التي أجريت على مجموعة من الأسر التي يوجد فيها مصابين باضطرابات الرهاب، وقد وُجدَ أن نسبة الرهاب ينتقل من الأمهات بنسبة 55 ٪ والآباء 24 ٪ في حين كان مقدار التشابه بين الأخوة في الاضطراب بمقدار 17 ٪. وكذلك دراسة Harris et.al , 1983 التي أجريت على مجموعة من الأسر، وقد أظهرت أن نسبة الانتقال الوراثي في رهاب الأماكن المفتوحة يقدر بين 15 – 33 ٪. وكذلك أظهرت دراسة Phes , 2005 التي أجريت على مجموعة من العوائل أن نسبة انتشار الاضطراب بين الأقرباء من الدرجة الأولى يقدر بنسبة 31 ٪ في حين تقدر نسبة انتشار الرهاب الاجتماعي 6,6 ٪. أما على صعيد دراسات التوائم فقد وجدت دراسة Carey & Gottesman , 1981 التي أجريت على 98 زوجاً من التوائم المتماثلة والاخوية من

الذكور والإناث أن الارتباط الوراثي بين التوائم المتماثلة بلغ نسبة قدرها 13 ٪، أما بالنسبة إلى التوائم الاخوية فقد بلغت نسبتها 8 ٪. كما بينت دراسة Kendler , 1992 التي أجريت على 2163 زوجاً من التوائم الإناث، وقد كان الغرض منها معرفة الأثر الوراثي في الرهاب الاجتماعي، والخوف من الأماكن المفتوحة، والخوف من الحيوانات، والمواقف. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن تأثير الوراثة بوصفها كلاً واحداً قد بلغ نسبة تتراوح بين 30 – 40 ٪ في حين بلغت نسبة التوافق الوراثي بين التوائم على وفق كل نوع من الرهاب ما يأتي :

نوع الرهاب	نسبة التوافق الوراثي	
	التوائم المتماثلة	التوائم الأخوية
الرهاب الاجتماعي	٪ 24,4	٪ 15,3
الخوف من الأماكن المفتوحة	٪ 23,2	٪ 15,3
الخوف من الحيوانات	٪ 25,9	٪ 11
الخوف من المواقف	٪ 22,2	٪ 23,7

فضلا عن ذلك وجدت دراسة Kenler et.al , 2001 التي أجريت على 1198 زوجاً من التوائم المتماثلة والأخوية بواقع 707 زوجاً من التوائم المتماثلة، و491 زوجاً من التوائم الأخوية. والتي كان الهدف من الدراسة معرفة أثر الوراثة في الرهاب وأنواعه في كل من (الرهاب الاجتماعي، ، والخوف من الاماكن المفتوحة، والرهاب من الحيوانات، والمواقف، والخوف من الطبيب) وأظهرت الدراسة أن التأثير الوراثي قد بلغ نسبة تتراوح بين 20 – 37 ٪، في حين قدرت النسبة الوراثي لكل نوع من أنواع الرهاب كالآتي :

نوع الرهاب	نسبة التوافق الوراثي	
	التوائم المتماثلة	التوائم الاخوية
الرهاب الاجتماعي	٪12,6	٪ 9,8
الخوف من الأماكن المفتوحة	٪ 12,2	٪ 12,2
الخوف من الحيوانات	٪15,9	٪ 7,7
الخوف من المواقف	٪ 21,2	٪ 6,5
الخوف من الطبيب	٪ 15,6	٪ 4,1

2. الاسباب البيئية، تتعدد الاسباب البيئة التي تساهم في ظهور الخوف المرضي لدى الافراد، وهذه الاسباب هي :

أ. أساليب التربية الخاطئة التي تتمثل في إخافة الاطفال عبر الاشياء والقصص المخيفة مثل الجن والعفاريت والاشباح والحيوانات المخيفة، فتعمل هذه على تشوه البناء النفسي والمعرفي لديهم، مما تترك آثار سيئة لا تمحى من عقولهم بسهولة.

ب. اضطراب الظروف الأسرية ووجود الطفل في بيئة يكثر فيها الشجار، والعنف الأسري، والطلاق، والحماية الزائدة، والاهمال، واللامبالاة، والمبالغة في العقاب، فكل هذه الاساليب الخاطئة تشوه البناء النفسي للفرد وتجعله عاجزا عن بث الثقة في نفسه، ومن ثم مواجهة الآخرين.

ج. تفسر مدرسة التحليل النفسي المخاوف على أنها حيلة لاشعورية يلجأ فيها الإنسان الى استعمال تكنيك الازاحة، حيث تزاح المهددات الداخلية المتمثلة بالرغبات الجنسية المحرمة والافكار المكبوته ككره الفرد لشخص ما الى مهددات خارجية، فتنتقل انفعالات الخوف والغضب من مصدرها الاصلي الى مصدر بديل. ففي قصة شخص يدعى هانز ظهر لديه خوف مرضي من الاحصنة، وعند اجراء تحليل نفسي لـ **هانز** تبين أنه كان يرغب في قتل أبيه وفي الوقت نفسه

كان يخاف منه، وكان هذا الخوف يولد في داخله شعورا من الاثم والخوف، ومن اجل التخلص من مشاعر الخوف والاثم، قام هانز بنقل هذا الخوف لا شعوريا الى الاحصنه، وبذلك كان الخوف من الحصان هو بديل رمزي عن الخوف من الأب.



J. B. Watson, Rosalie Rayner, and Albert (with the rat).

د. أما المدرسة السلوكية فترى أن الخوف ينشأ نتيجة التعلم الشرطي بين مثيرات تبعث الخوف ومثيرات لا تبعث على ذلك، فمن خلال تزامن هذا المثيران لعدة مرات يصبح المثير المحايد الذي لا يبعث على الخوف، باعثا على ذلك على سبيل المثال تجربة واطسون على طفل صغير يدعى البورت.

اشراط البرت الصغير

نشر في 1920 العالم السلوكي behaviorist جون بي واطسون J. B. Watson ورقة عن (الافعال الانفعالية الشرطية) Conditioned Emotional Reactions ، كانت تعتمد الورقة بالاساس على سلسلة التجارب العلمية لـ واطسون مع مساعده روزالي راينر Rosalie Rayner . لم يعتقد واطسون ان الاطفال يخافون afraid بصورة طبيعية من الحيوانات (Watson, 1919) . هو اعتقد ان خوفهم كان متعلما من خلال الاشتراط الكلاسيكي ، ووضع إثباتات على تلك الحالة .

تتضمن تجارب واطسون على طفل صغير كان اسمه البرت بي Albert, B. لكن الذي يشار اليه عادة البرت الصغير Little Albert . كان يريد واطسون ان يظهر كيف ان الخوف fear من اشياء معينة او مواقف يمكن

تعلمها ، وكان البرت الصغير مثال جيد على ذلك . قبل أي اشتراط لم يخف البرت الصغير مطلقا من الارانب ، والجرذان ، والحيوانات الفروية furry (التي لديها فراء) . هو كان طفلا هادئ calm ، ونادرا ما يبكي cried ، هو كان محبا بالجرذان البيضاء في مختبر واطسن . اراد واطسن ان يظهر كيف ان البرت الصغير يشترط الخوف من الجرذ ، تذكر عزيزي القارئ ان الاشتراط الكلاسيكي يبدأ دائما مع مثير غير مشروط US لينتج استجابة طبيعية قبل عملية الاشتراط . فاراد واطسن ان ينتج استجابة الخوف ، لذا احتاج واطسون منبه ليثر خوف البرت الصغير . فاكتشف واطسن بانه يمكن جعل البرت الصغير يبكي من خلال الوقوف خلف رأس البرت الصغير وضرب قطعة معدنية بمطرقة . بعد سبع محاولات ، عندما كان يقدم واطسون الضوضاء العالية مع الجرذ سويا ، حاول واطسون ان يقدم الجرذ لوحده (المثير غير الشرطي) . فبدأ البرت الصغير بالبكاء والزحف بعيدا عن الجرذ بسرعة . لذا واجه وطسن ومساعده مشكلة الامساك بالطفل قبل وصوله حافة الطاولة . لذا يمكن القول ان البرت الصغير اكتسب الخوف من الجرذ بعد فترة من تجربة واطسن ، ام البرت الصغير نقلت البرت الى المستشفى الذي يجرى فيه واطسن تجاربه . اصبح البرت خائفا من الجرذان والحيوانات الفروية ؟ فالتجربة كانت مؤلمة لـ ألبرت الصغير ، وربما يستمر تأثيرها طوال الحياة. اعتماد على هذه التجربة ، وتجارب أخرى ، أستنتج ان الاقتران الشرطي احد المبادئ الرئيسة في تكوين شخصية الانسان . فاعتقد واطسن بامكانية اشتراط أي سلوك ، ويمكن ان تتشكل حياة الشخص بالكامل من خلال استعمال الاقتران الكلاسيكي (Rogers,2000)

كما يحدث الخوف من الاشياء عن طريق التعلم بالملاحظة ، فالطفل الذي يشاهد أحد والديه يخاف من الجرذان ، من الممكن أن يتعلم هذا الخوف من والديه ، ويكتسب خبرة الخوف هذه.

التشخيص

قبل تشخيص الخوف المرضي يجب التفريق بين الخواف العادي وبين الخوف المرضي، كما يجب التفريق بين الخواف (كمرض) وبين الخواف (كعرض) فالخواف أحيانا يكون مصحوبا لأمراض أخرى كعرض، فهو عرض هام من أعراض القلق النفسي والاكتئاب والوسواس والقهر والهذاء (البنا، 2005) وعلى العموم الخوف المرضي هو خوف من اشياء غير منطقية وبصورة دائمة ومستمرة، تبعث في الفرد مشاعر التوتر والقلق والرغبة في الهرب من المثيرات المخيفة، ويظهر هذا الخوف تحت سن 18 سنة، وتستمر الاعراض على مدى 6 أشهر (المالح، 1996).

العلاج

قبل القيام بالعلاج يجب أولا إثارة رغبة المريض في العلاج، ومن ثم اختيار الوسيلة المناسبة لعلاج الرهاب، والتي هي كالآتي :

1 – **العلاج بواسطة التحليل النفسي للخواف** : يقوم التحليل النفسي على الكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة، والمعنى الرمزي للأعراض، وتصريف الكبت، وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتقريبه من إدراك المريض والفهم الحقيقي والشرح والإقناع والإيحاء، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف. (البنا، 2005).

2- **العلاج النفسي التدعيمي** : ويتم من خلال تنمية الثقة في النفس، وتشجيع النجاح والشعور به، وأبرز نواحي القوة والإيجابية لدى الفرد، وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه، وإكسابه الخبرات بنفسه، وتنمية الشعور بالأمن والإقدام والشجاعة. ويستخدم كذلك العلاج النفسي المختصر في حالة المخاوف الحديثة الظهور، ويستفيد بعض المعالجين بالتنويم الإيحائي (البنا، 2005).

3- **العلاج السلوكي الشرطي للخواف** : يعد العلاج السلوكي من أهم العلاجات النفسية في علاج الخواف، ويتم من خلال عملية الارتباط الشرطي، وتقوم هذه الطريقة الى جراء عملية من التلاقي وفي ظروف مناسبة بين المريض ومصدر خوفه في صورة متكررة، حتى يتم اطفاء الخوف من مصدره، فينعدم الخوف. ولهذه الطريقة فائدة كبيرة اذا طبقت بدراية كبيرة وخاصة في حالات الخوف المرضي لدى الاطفال (كمال، 1983). ومن أهم اساليب



العلاج السلوكي التي ظهرت هو **اسلوب ازالة الحساسية Desensitization** ، وقد طور هذا الاسلوب من قبل ماري كوفر جونز Mary Cover Jones عام 1924 لمساعدة ولد اسمه بيتر، والذي كان مفزوعا terrified من الارانب. ولمساعدة بيتر في التخلص من خوفه، خططت جونز ان يكون الارنب حاضرا بينما يأكل بيتر وجبات طعامه، فهي ارادت ان يتخلص بيتر من خوفه من الارانب من خلال مروره بعملية الانطفاء، وبأن تكون لديه مشاعر ايجابية نحو الارانب بنفس مشاعره نحو الغذاء. لذا بدات جونز بفكرة ابعاد الارنب في بادئ الامر، ثم تقريبه الى بيتر بصورة تدريجية أقرب فاقرب. هذا العمل لم يخلص جونز من خوفه فقط، بل طور المشاعر الايجابية نحو الارانب، واصبحت الارانب مع جونز اصدقاء مقربين (Raygor ,2005).

4- **العلاج الدوائي** : وجد بعض المعالجين فائدة علاجية باستعمال مضادات الاكتئاب من مجموعة الثلاث حلقات وخاصة مركب (التوفرنيل) في علاج حالات الخوف المرضي، على أن تكون مقادير الدواء أقل من الجرعة الدوائية المستعملة في علاج الاكتئاب. رغم ذلك

فإن هذه الادوية عديمة الفائدة في خوف الاطفال من الاماكن الخالية أو الواسعة (رهاب المجال).

نوبات الهلع واضطرابه (Panic attack& disorder)

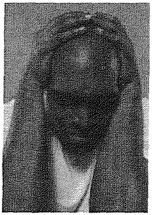
حالة مرضية

كانت سناء ربة منزل وأم لثلاثة أطفال صغار ، وهي تبلغ من العمر 31 سنة ، وقد عانت سناء من نوبات هلع شديدة ، فبمجرد أن كان زوجها يسافر في مهمة عمل ، وحتى مجرد توقع حصول مثل هذه المهمة ، ظهرت لديها هذه النوبات ، وشعرت بمستوى قلق متطرف . وغالبا ما يترافق مع هذه النوبة فرط في التنفس ، ودوار ، وأغماء . ونتيجة للخوف من أن تعانى من مثل هذه النوبات في الأماكن العامة فقد كانت تخشى مغادرة المنزل . حتى أنها أخفت حالات قلقها أمام نفسها من خلال تبريرات مثل (إن الأمر يحتاج إلى جهد كبير من أجل وضع جميع الاطفال في السيارة) أو (لابد وأن أكون قريبة من الهاتف) . وأخيرا أقنعها زوجها لطلب المساعدة من متخصص نفسي . وفي الجلسات العلاجية الأولى تذكرت بأن والداها كانا يتشاجران دائما في طفولتها ، وهددا بعضهما بالطلاق . وعلى ما يبدو فإن نقص الأمان في بيت والداها قد نمى لديها استعدادا عاليا للقلق . وحتى عندما كان عليها الذهاب للمدرسة كانت تخاف من أن تعود للمنزل فلا تجد والديها فيه . هذا الخوف تعمم الى حالات سفر زوجها ، فكانت تخشى من عدم رجوع زوجها وفقدانه ، فكانت تشعر بنوبة الهلع التي تكونت منذ الطفولة كلما اراد زوجها أن يسافر (رضوان ، 2009)

أولا : نوبة الهلع :

التعريف والوصف

تم إدخال مصطلح الهلع Panic لأول مرة عام 1980 في التقسيم الأمريكي للطب النفسي وكان الوصف السابق للحالة نفسها يسمى متلازمة داكوتا Dacosta's syndrome (معجم الطب النفسي، د. ت). وقبل أن يتكون اضطراب الهلع ويتسع، فهو يبدأ بنوبة تدعى نوبة الهلع panic attack. وتعرف نوبة الهلع بالآتي :



- Reid , 1996 : نوبة مفاجئة، وتمتد لفترات من الخوف الشديد أو الخوف المُفاجئ ولمدة وجيز من الزمن، وتبدأ هذه النوبة عادة بصورة سريعة تصل ذروتها 10 دقائق، ثمَّ تبدأ بالهدوء والانحسار خلال الساعات التي تليها. وغالبا ما يواجه المصابون بهده النوبات توقعات بوقوع خطر القلق وأعراض النوبة المحددة من الهجمات، وفي المواقف التي حدثت فيها الهجمات السابقة. ويشعر الذين يختبرون نوبة الهلع للمرة الأولى أنهم سيصابون بنوبة قلبية أو أنهيار عصبي، و قد يتصلون بخدمات الطوارئ (Reid , 1996)
- السلامة، 2009: عبارة عن نوبات حادة وقوية ومفاجأة وقصيرة الأمد من القلق الشديد جدا ودون سبب ظاهر معروف (السلامة، 2009).

لذا فأن خبرة الهلع كما يقول المصابون (خبرات مزعجة ومخيفة جداً في حياتهم) ويستغرق المصاب عدة أيام ليتعافى منها أوليا (Bourne , 2005) وفي حال استمرار نوبات الهلع التي تصيب الشخص لمدة تزيد على الشهر الواحد فإن هذا الشخص سيكون معرّضاً للإصابة باضطراب الهلع (DSM VI , 1994).

الاعراض



تصنف أعراض نوبات الهلع كما يذكر أكثر المصابين بأنهم يشعرون بالخوف، أو أنهم يشعرون ويحسّون بالموت، أو أنهم سيصابون بالجنون، أو بنوبة قلبية، أو رؤية وميض ما، كذلك يشعرون بالإغماء والاشمئزاز، ويحسون بخدر في جميع أنحاء الجسم، ويصبح تنفسهم ثقيلاً أو يشعرون بزيادة في سرعة التنفس، وفقدان السيطرة على أنفسهم، فضلا عن ذلك يتصور بعض المصابين رؤية نفق أمامهم، وفي أغلب الأحيان ينسحب الدم من الرأس ويتدفق إلى أكثر أجزاء الجسم من أجل الدفاع عنه وهذه الخبرات قد تثير رغبة قوية في الهرب والفرار من مكان بدأت فيه نوبة الهلع (Bourne , 2005)

وتشخص الجمعية الامريكية للطب النفسي أعراض نوبات الهلع كما في الجدول الآتي :

قائمة بإعراض نوبة الهلع	
الاعراض الفسيولوجية	**الاعراض النفسية**
• اختناق او تزايد سرعة القلب. • التعرق. • ارتعاش او ارتجاف (الاهتزاز). • احساس بضيق في التنفس او الاختناق. • الم الصدر او عدم الارتياح. • الشعور بالاختناق. • الغثيان. • الشعور بالدوخة او الدوران. • القشعريرة او التشوش.	• فقدان الاحساس بالواقع (انعدام الواقعية) او الشخصية (الاحساس بالانفصام عن النفس). • الخوف من فقدان السيطرة او الجنون. • الخوف من الموت. • الارتباك. • فقدان القدرة على التركيز. • التشويش الحسي (احساسات بالتمثيل او الوخز).

(عبد الحسن، 2012).

أن هذه الأعراض الفسيولوجية والنفسية مهمة في إبلاغ الناس بظهور نوبة الهلع، فهي تعمل كجرس إنذار من التعرض لنوبات الهلع مما ينتج عنها قلقا متزايدا، وهي في الوقت نفسه تغذية راجعه عن تكرار نوبة الهلع (Klerman et.al , 1993)

أنواع نوبات الهلع

تصنف نوبات الهلع على وفق محك الجمعية الامريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR)، الى عدة أنواع، وهي كالآتي:

1. **نوبات الهلع غيرالمتوقعة (Unexpected Panic Attacks)** : وتسمى كذلك النوبات غير السببية. وهذه النوبات تخالط إضطراب الهلع خاصة، وتأتي بدون تحذيراوأنذار سابق خلال النهار اوالليل ولا تأخذ بنظرالاهتمام مايفعله الفرد ويمكن القول بأن هذه النوبات لا تتعلق بشيء ولا تأتي في موقف أوحدث معين.
2. **نوبات الهلع المرتبطة بموقف خاص (Specific Panic Attacks)** : وهذا النوع من النوبات يرتبط بالمواقف او الاماكن خاصة التي تثير الخوف، على سبيل المثال ترتبط نوبات الهلع لدى الاشخاص الذين لديهم مخاوف اجتماعية اورهاب اجتماعي(Social Phobia) كما وترتبط بتذكر حوادث ماضية للخبرات الصادمة، او التعرض لموقف خاص يحدث به القلق كما هو الحال في الوسواس القهري (Obsessive Compulsive) كأن يكون الشخص معرضاً للجراثيم (عبد الحسن، 2012).

التشخيص

إن الصورة الإكلينيكية لنوبة الهلع الأولى غالبا ما تكون غير معروفة لدى المريض، فلا يعرف ما هي الاحداث التي سببت لديه حدوث النوبة، في حين ترتبط النوبات القادمة بالشعور بالإجهاد الجسدي والنفسي، والنشاط الجنسي،

والانبهار بشيء ما وكذلك الصدمات النفسية. وتكون النوبات الأولى مؤقتة بحيث تستمر عادة بين العشر والثلاثين دقيقة. ومن ثم تبدأ الأعراض خفيفة لتصل إلى أقصاها خلال خمس إلى عشر دقائق ثم تبدأ بالاختفاء تدريجيا إما لوحدها من دون علاج أو بتناول دواء معين عندما يعتاد المريض على النوبات. ونادرا ما تستمر الأعراض أطول من هذه المدة والأندر أن تصل لساعة كاملة. ويشعر المصاب اثناء النوبات بأنه سوف يموت أو يفقد السيطرة على نفسه أو يشعر أنه سوف يفقد عقله أو يصاب بمكروه كبير جدا. فيتوجه لطلب العون من الآخرين وبالذات الأطباء. يزداد خوفه أكثر عندما يكون منعزلا أو بعيدا عن مصادر المساعدة. أثناء النوبة يجد المريض صعوبة في الكلام والتعبير عن نفسه وصعوبة في تذكر أشياء ربما تكون مهمة له في تلك الظروف حيث يكون الارتباك هو سيد الموقف والمسيطر على المرض. وسيركز المريض على الأجزاء المهمة في جسمه أثناء النوبة مثل القلب والجهاز التنفسي ويشعر أو يخاف أنهما مصابان بشيء ما. وقد يصاب المريض فعلا بالغيبوبة أثناء النوبة مع أنه غير مصاب بشيء في قلبه أو جهازه التنفسي ولكن سيطرة الخوف على مشاعره في حينها يؤدي إلى ذلك (السلامة، 2009).

ثانيا: اضطراب الهلع Panic disorder :



إن تكرار نوبة الهلع بصورة متزايدة ولمدة طويلة تؤدي الى الاصابة باضطراب الهلع، والذي هو اضطراب قلقي يتميز بتكرار حاد لنوبات الهلع ويتضمن تغير سلوكي هام يحمل نوبات الهلع لمدة لا تقل عن شهر من القلق المستمر والمتواصل حول ما ينتج عنه أو ما يتعلق بظهور النوبات المتكررة التي تدعى بالنوبات التوقعية Anticipatory Attacks (DSM-IVR , 1994) ومن المثير لمعاناة المصاب أن نوبات الرعب لا يمكن توقع حدوثها، لذا يكون الفرد

مرهقاً، وقلقاً، ومنزعجاً، وكذلك متحيرا من حدوث نوبة الهلع القادمة أو التي ستحدث، ويمكن تشخيص أعراض اضطراب الهلع بالاتي :

- ❖ المعاناة من نوبات هلع متكررة وغير ثابتة الترافق بظرف أو شيء معين.
- ❖ تتصف نوبة الهلع بأنها مخيفة ومزعجة ومفاجأة، تبدأ ذروتها خلال بضع دقائق، وتستمر لدقائق عدة على الاقل.
- ❖ أعراض فسيولوجية (وهذه كما تم شرحها سابقا) والتي منها :

- خفقان لقلب أو تسارع في نبضاته، واهتزاز عضلة الصدر اليسرى من فرط شدة دقات القلب
- غثيان واضطراب الجهاز الهضمي.
- تعرق.
- ارتجاف الأطراف أو إحساس بالارتجاف والرعشة.
- إحساس بالاختناق أو ضيق التنفس.
- الشعور بالدوار أو عدم التوازن أو الثقل بالرأس.
- الخوف من فقد السيطرة على الذات أو الجنون.
- التنمل أو الشعور بهبات من البرودة أو الحرارة. (منظمة الصحة العالمية، 2001).

التشخيص

لو تكررت نوبات الهلع بشكل معين خلال فترة معينة مثل شهر واحد يحدث لدى الفرد ما يسمى باضطراب الهلع، وعند تشخيص اضطراب الهلع يجب أن نعلم أنه :

- توجد علاقة واضحة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى أهمها الاكتئاب، وسوء استعمال المواد مثل الكحول والمهدئات،

ومحاولات الانتحار حوالي 20% .

- يصاحب اضطراب الهلع حوالي 15 - 20٪ حالات تدلي الصمام الميترالي، وهو اضطراب خلقي لا يسبب خطورة، ولكن عادةً ما يعتقد مريض الهلع أن السبب هو القلب.
- كثيراً ما يكون الهلع مصحوباً برهاب الساح؛ ولعل سبب ذلك: عدم توقع نوبات الهلع، والخوف من مفاجأتها له في موقف لا يمكنه التحكم فيها.
- ينبغي التمييز بين الهلع ونوبات الخوف الحاد التي تعتبر جزءاً من اضطرابات الرهاب. وقد تكون نوبات الهلع ثانويةً لاضطرابات اكتئابية خاصةً بين الرجال إذا استوفيت المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب.
- كي يكون التشخيص أكيداً يجب أن تحدث عدة نوبات شديدة (3 - 4 نوبات) من القلق خلال شهر وعلى وفق الآتي:

1 - في ظروف تخلو من خطر موضوعي.

2 - لا يجوز أن تقتصر النوبات على مواقف معروفة أو قابلة للتنبؤ بها

3 - يجب أن توجد فترات خالية نسبياً من القلق بين النوبات(فريد ، 2011)

لذلك فإن اضطراب الهلع هو اضطراب تعطيلي للفرد يسبب اعراض حادة، ولكن يمكن السيطرة عليها ومعالجتها بنجاح، ويخطئ فيه الافراد (أي تشخيص الهلع لديهم) عندما يعدوه بوصفه مرض جسدي خطير مثل نوبة القلب، هذا التوهم يزيد في أغلب الاحيان من خطورة المرض لأنه يسبب نوبات هلعية مستقبلية (البعض يدعونها بالهجمات التوقعية) مما يدفع بالكثير من الناس في اللجوء الى غرف الطوارئ عندما يتعرضون لنوبات الهلع، ولكن هناك قد لا

تكشف الاختبارات الطبية الشاملة عن الاعراض الحقيقية لنوبات الهلع أو نوع الأضطراب، وهذا ما قد يخلق قلقا من نوع آخر (Hollifield et.al ,1997)

ثالثا : اضطراب الهلع وعلاقته برهاب المجال



يمكن القول بأن رهاب المجال هو مجموعة من الافكار التقليدية المسؤولة عن الخوف من الاماكن العامة (Public Places) والفضاءات المفتوحة (Open Spaces) وانها تتطور بشكل معقد مع نوبات الهلع، فتعرض الفرد لنوبات الهلع في الاماكن العامة والمفتوحة تجعل من الفرد يتوقع أن خروجه لهذه الاماكن قد تكون سبب في ظهور النوبات، لذا تقترن نوبات الهلع بخروج الفرد للأماكن العامة مما يجعل الفرد خائفا منها فيظهر لديه رهاب المجال. لذا يترافق رهاب المجال عند الشعور بالخوف من حدوث نوبات هلع في الاماكن العامة وفي الوقت الذي يكون فيه القرار صعباً او محرجاً عليه في الزحام و مضمار السباق و الاسواق و الطائرات الخ أو عندما يكون الشخص في موقف يتعذر فيه تقديم المساعدة له وخاصة في الاماكن ضيقة كالمصاعد. ومن اهم اعراض الهلع البدنية التي إضطراب رهاب المجال :الافكار الكارثية (الخوف من توقف القلب و الاختناق و فقدان الوعي وغيرها من الاعراض البدنية).وهذه الافكار هي التي تحدث نوبة الهلع لدى الاشخاص وفي بعض الحالات يكون المريض قد تعرض لمثل هذه الاعراض في الماضي وبذلك يكون مشغولاً بمخاوف حدوثها (الخوف التوقعي) وفي بعض الحالات لا يكون قد تعرض لها مع ذلك يخاف من الاعراض التي يمكن ان تظهر ومن ثم تُشل حركته، وفي عدد قليل من الحالات يخاف المريض من العجز أي يعجز عن تحديد ماهية الاعراض التي يخفيها. وغالباً مايتميز إضطراب الهلع وإضطراب الهلع مع رهاب المجال بـ (الخوف من الخوف)(Fear of fear) فعندما يبدأ خوف

المريض من حدوث نوبات هلع، يبدأ هذا الخوف يتطور كي يسبب تداخلات نفسية وإحساسات بدنية داخلية وخارجية والتي بإمكانها ان تكون مثيرات لحدوث حالة الخوف، وهذه المواقف الخطرة يمكن ان تقود الى تعزيز المثيرات والاحساسات البدنية مثل تسارع دقات القلب، وكذلك الاحساسات البدنية التي يمكن ان تؤدي الى مخاطر الاصابة بالامراض او الى نشوء دائرة المخاوف.

اما عن معايير تشخيص إضطراب الهلع مع إضطراب رهاب المجال (Panic Disorder With Agoraphobia ، فهي كالاتي :

A- كلٌ من (1) و (2):

1 -نوبة هلع غير متوقعة ومتكررة.

2- واحد من النوبات على الاقل تتبعها بعد شهر أو أكثر كل من:

(a)- القلق من حدوث نوبة أخرى.

(b)- القلق من نتائج النوبه (نوبه قلبية).

B- وجود رهاب المجال.

C- نوبة هلع غير ناتجة عن تأثير فسيولوجي لمادة أو ظرف طبي.

D- نوبة هلع لايفسرها حصول إضطراب نفسي مثل رهاب أجتماعي أونوعي (خاص) (عبد الحسن، 2012).

الأسباب

1. الاسباب الوراثية

أولا : الدراسات العائلية : تؤكد الدراسات العائلية الوراثية أن اضطراب الهلع يمكن أن ينتقل وراثيا بين أفراد العائلة ولاسيما أقرباء الدم من الدرجة الأولى، إذ من المحتمل أن يظهر اضطراب الهلع بنسبة 8 مرات في الشرط الوراثي، وأن انتقال الأثر الوراثي في التاريخ الأسري في

اضـــطراب الهلـــع يكـــون خطـــره عظيمـــاً قبـــل عمـــر 20 ســـنة (Kaplan et.al , 2008) ومن الدراسات الأسرية التي بحثت أثر الانتقال الوراثي بين أفراد الأسرة دراسة Roymond et.al , 1983 : التي أجريت على 278 فرداً من أقرباء الدرجة الأولى، من اصل (41) مستلفت الذي يكون أول موضوع في الدراسة في اضطراب الهلع، وقد وجدت الدراسة أن خطر الانتقال الوراثي قدر بنسبة 17,3 ٪، فضلاً عن ان 4, 7 ٪ من اقرباء أولئك المستلفتين مهددين باضطراب الهلع، وقد كانت النساء أكثر إصابة بمرتين من الذكور. كما وجدت دراسة , Mair et.al 1993 : التي أجريت على 40 عائلة لديها مستلفت باضطراب الهلع من دون أية اضطرابات أخرى، أن نسبة خطر إصابة الأقرباء من الدرجة الأولى قد شكلت نسبة قدرها 5,7 ٪. في حين وجدت دراسة , Myrana 1993 : التي اجريت على مجموعة من العوائل أن نسبة انتقال اضطراب الهلع بين العوائل المصابة قُدّر بنسبة تتراوح بين (7,7 – 20,5 ٪). أما على صعيد. دراسات التوائم، فقد وجدت دراسة Kendler , 1993 :التي أجريت على 2163 زوجاً من إناث التوائم، ومن خلال اجراء المقابلة السريرية وتطبيق مقياس اضطراب الهلع أن خطر الوراثة تتراوح بين 30- 40 ٪. في حين وجدت دراسة Peran et.al , 1997 التي أجريت على 120 زوجاً من التوائم المتماثلة والاخوية بهدف معرفة نسبة التوافق في اضطراب الهلع والنوبات المتقطعة. أن نسبة التوافق الوراثي في اضطراب الهلع للتوائم المتماثلة قد شكل نسبة قدرها 73٪ في حين بلغت نسبة التوافق الوراثي للتوائم الأخوية صفر في المئة اما ما يخص نوبة الهلع المتقطعة وجدت الدراسة أن نسبة التوافق الوراثي للتوائم المتماثلة 57 ٪، أما التوائم الأخوية فقد كانت نسبتها 43 ٪. أما دراسة Loque et.al , 2001 : التي اجريت على 1874 زوجاً من التوائم المتماثلة، و 1498 زوجاً من التوائم الأخوية من الذكور، فقد وجدت

أن نسبة التوافق الوراثي للكل قد بلغ 37٪ في حين بلغ معامل الارتباط بين التوائم المتماثلة في اضطراب الهلع 0,37 وبين التوائم الأخوية 0,15.

2. الاسباب البيولوجية والعصبية :

تحدث آلية الهلع العصبية، كما جاء في (فريد، 2011) على وفق الآتي :

- يعد القلق والخوف لدى الانسان استجابة للخطر أو التهديد. وبذلك يسلك الإنسان عندما يواجه ما يهدهه بطريقة (الكر أو الفر: المواجهة أو الهرب). ولذا، فالهدف من القلق والخوف هو حماية الكائن الحي.
- عند إدراك أو توقع خطر، يرسل المخ إشارات إلى الجهاز العصبي المستقل، وله قسمان: السبمثاوي والباراسمبثاوي، وهما المهتمان بالتحكم في مستويات الطاقة الجسمية والإعداد للفعل.
- الجهاز العصبي السمبثاوي هو جهاز الكر والفر، الذي يطلق الطاقة، ويضع الجسم في وضع الانطلاق، بينما الجهاز الباراسمبثاوي جهاز تعويضي يعيد الجسم إلى حالته السوية.
- والجهاز السمبثاوي حين يعمل، يشتغل بكامله أو يخمد بكامله (إما معاناة كل الأعراض أو عدم معاناة أي عرض)، وهذا يفسر أن لأغلب النوبات الهلعيه أعراضاً متعددة وليس عرضاً واحداً.
- يرسل الجهاز السمبثاوي مادتين كيميائيتين: الأدرينالين والنورادرينالين من الغدة الكظرية في الكليتين للاستمرار في النشاط.
- أما كيفية عمل توقف نشاط الجهاز السمبثاوي فيتم بإحدى الطريقتين: إما بواسطة مواد كيميائية أخرى في الجسم تواجه الأدرينالين والنورادرينالين أو من خلال الجهاز الباراسمبثاوي الذي يقوم بتأثير عكسي للجهاز السمبثاوي.

- لذا فالقلق - بهذه الصورة - لا يمكن أن يستمر إلى الأبد، لأن الجهاز السمبثاوي مهما تزايد أثره فلابد أن يقف من خلال واحد من الطريقتين السابقتين.

- ولابد من الانتباه إلى أن الرسائل الكيمائية للجهاز السيمبثاوي الأدرينالين والنورادرينالين تحتاج إلى بعض الوقت حتى تُدمر، وبالتالي؛ فحتى بعد عبور لحظات الخطر، وبعد توقف جهازك العصبي السمبثاوي عن الاستجابة، يحتمل أن تظل شاعراً بالاستثارة والقلق بعض الوقت لأن المواد الكيميائية ما زالت طليقة في جهازك العصبي.

- يؤدي النشاط في الجهاز العصبي السمبثاوي إلى زيادة معدل ضربات القلب وقوتها، للإسراع بتدفق الدم، ومن ثم تحسن وصول الأكسجين إلى الأنسجة والتخلص من المواد الزائدة فيها. ويفسر ذلك معاناة مريض الهلع من تسارع ضربات القلب.

- يعاد توجيه الدم بعيداً عن الأماكن التي لا تحتاجه من خلال تضييق الأوردة الدموية؛ فيؤخذ الدم بعيداً عن الجلد وأصابع اليدين والقدمين فيبدو الجلد شاحباً بارداً، وهو مفيد في أنها لو تعرضت للجرح فالاحتمال ضعيف في أن تنزف هذه المناطق لدرجة تؤدي إلى الموت. ويتجه الدم إلى العضلات الكبرى مثل عضلات الفخذين والتي تساعد الجسم على الاستعداد للعمل، فتدفع بالفرد نحو الهرب والاختباء.

- كما يزداد الإفراط في التنفس، مما يؤدي إلى ضيق أوردة دموية معينة في الجسم، ويتناقص الدم المتجه إلى المخ، مما يسبب الدوار وانقطاع النفس وغشاوة الرؤية (فريد، 2011).

3. الأسباب النفسية :

أ. أساليب المعاملة الوالدية، يعتقد أن أعراض القلق في نوبات الهلع إما أن تكون متعلمة من الوالدين عندما يشاهد الطفل ردود افعالهم القلقية

بكثرة، فيتعلمها منهم على أساس أنها ردة فعل مطلوبة كون الوالدين هما المثال الذي يجب أن يحتذي به الطفل.

ب. تشير الدراسات أن الانسان يتعلم الهلع من تجاربه الشخصية المخيفة بشكل ردة فعل شرطية. قد تكون هذه التجارب الشخصية لا تثير القلق بذاتها وإنما بارتباطها بشيء آخر يكون مفزعا.

ج. الاستعداد للاصابة : يعتقد أن البعض من الناس وبالذات الحساسين تجاه الأعراض الجسدية يصابون بالهلع بعد تعرضهم لعرض جسدي في عضو حساس مثل القلب. فمثلا عندما يصاب أحدهم بخفقان شديد طارئ ومؤقت جدا، فقد يكون بداية القلق على الصحة وبالذات صحة القلب فتبدأ لديه نوبات الهلع حتى دون أي سبب معروف أو مفهوم بالنسبة له.

د. ضغوط الحياة وظروف العمل القاسية، حيث يعد هذان العاملان من العوامل المهمة في نشوء أعراض اضطراب الهلع.

هـ. عدم التعامل مع الغضب بشكل صحي مثل أن يكبته الانسان في داخله لفترات طويلة بحيث يتراكم داخله فيظهر على شكل نوبات هلع حادة.

و. من المسببات الشائعة مشكلات حياة الزوجية مثل الطلاق أو الانفصال فضلا عن مشكلات الحياة العامة والعمل والدراسة ، فقد وجد أنها تتراكم في الشهور أو الأسابيع الأخيرة قبل الاصابة بأول نوبة هلع حادة. فضلا عن ذلك يعد التعرض للتحرش الجنسي أثناء الطفولة أو المراهقة عامل مهم جدا في نشأة هذا الاضطراب حيث وجد أن ما نسبته 50 إلى 70 ٪ من النساء اللواتي يعانين من اضطراب الهلع قد تعرضن للتحرش الجنسي في المراحل الأول من حياتهن(سلامة، 2009)

العمر والانتشار

يمكن أن يحدث اضطراب الهلع لدى الأطفال والمراهقين والراشدين، ويشكل الهلع لدى الشباب مضايقة وألماً شديداً أكثر من الأطفال، لأن الأطفال ليست لديهم بصيرة كافية حول ما يحدث لهم (APA , 2000) وتشير الدراسات الى ان متوسط عمر المضطربين بالهلع في عام 2002 بلغ 24 سنة أما في عام 1993 فقد بلغ متوسط عمر الاصابة ما دون 20 عاما (منظمة الصحة العالمية، 2006) وتقدر نسبة انتشار نوبات الهلع واضطرابه بنسبة تقدر 12 ٪ من سكان العالم وبمختلف الأعمار، ويحدث الهلع لدى النساء بنسبة تصل إلى ضعف الحالة لدى الرجال، ويقدر أن عمر 25 سنة هو أكثر الأعمار الذي يحدث فيه اضطراب الهلع (الشربيني، 2008).

العلاج

1. العلاج السلوكي المعرفي : ويتم على ثلاثة أطوار :

أ. الطور الأول، من خلال تعليم المريض مراقبة أو ملاحظة قلقه، وتقديم معلومات له حول قلقه ونوبات القلق التي تصيبه. وفي هذا الطور يتم إرشاد المريض الى اكتشاف الحلقة المفرغة للقلق واستغلالها لصالحه. ويقصد بالحلقة المفرغة للقلق سيرورة الأرجحة الكائنة بين أدراك الحدث الجسدي (كخفقان القلب، وسرعته، وتقييمه على أنه خطر " أنجدوني سيغمى عليّ) وردة فعل القلق المقوية لذاتها اللاحقة لذلك.

ب. الطور الثاني، ويهدف الى معالجة التفسيرات الخاطئة للأعراض الجسدية على نحو "خفقان قلبي يعني وجود مرض في القلب " وتعديلها. وإستنادا إلى مخطط خاص يتم جمع كل البراهين المؤيدة والمعارضة لتفسير تقييمات المريض ومناقشتها. ويتم تعديل ردة فعل القلق الناجم عن النوبة من خلال طريقتين :

- في الاولى يتم ارشاد المريض نحو تعلم تقييمات جديدة للاعراض الجسدية مخففة القلق.
- يتم تهديم ردود فعل القلق المفرطة من خلال المواجهة بالمثيرات الجسدية الخاصة وبالمواقف الخارجية المثيرة للقلق.

ج. الطور الثالث، ويتم إجراء وقاية من الانتكاس من أجل تثبيت النجاح المحقق، ويتم ذلك من خلال تهيئة المريض لمواجهة الأزمات والانتكاسات الممكنة. وقد ثبت نجاح هذا العلاج لسنوات كثيرة.

2.العلاج الدوائي :

كثير ما يصف الاطباء النفسيين الأدوية من أجل محاصرة نوبات الهلع والتي يمكن أن تؤدي الى منع حدوثها، غير أنها لا تقلل من القلق الاستباقي للمصابين، لهذا يتم وصف **البنزوديازيبات** مع مضاد اكتئاب من أجل إضعاف هذه الأعراض. وبعد التغلب على النوبات يتم الاستمرار بتناول مضاد الاكتئاب لفترة ستة أشهر على الأقل، وقد يتم التوليف العلاج الدوائي مع العلاج السلوكي المعرفي (رضوان، 2009).

اضطراب الاكتئاب الرئيس (Major depressive disorder (MDD))

فى مقابلة طبية مع مريض يعانى من الاكتئاب دار الحوار التالى:

- كم عمرك ؟
· عمرى حوالى 48 سنة.
- والحالة الاجتماعية. ؟
· متزوج ولى 4 أولاد
- وما هو عملك؟
· أعمل بوظيفة محترمة لا أستحق أن أكون فيها

- وما الذى تشكو منه؟

• اشعر بحزن شديد وأن كل شيء خاطئ ومنعزل عن الآخرين.

- وهذه الشكوى منذ متى بدأت؟

حوالي 6 أشهر.

- هل تعانى من مشاكل فى النوم ؟

• النوم عندى مشكلة تؤرقني وأخاف من النوم في السرير... كل الناس يكونوا نائمين وأنا الوحيد الذي يبقى صاحيا ، وأظل أتقلب طول الليل وإذا نمت بعض اللحظات اشعر أن رأسي متعب وخائف إن أجن وأفقد عقلى ويحصل لى مرض عقلى.

- وكيف حال مزاجك ؟

• المزاج كئيب وزاهد ، ولا رغبة لى فى الحياة ، وارى الدنيا ضيقة جداً ، وأتمنى أن تنتهي بسرعة... فأنا أعيش فى جحيم.

- هل فكرت فى الهروب من الدنيا ؟

• فكرت فى الانتحار ولولا خوفي أن أنهى حياتى وأكون كافر لإنتحرت.

- هل الضيق يكون أكثر فى أول اليوم أم آخره ؟

• يكون الاكتئاب والضيق أكثر فى أول النهار وارغب في أغلاق عيوني وأن لا اقوم من السرير.

- هل تبكي فى الفترات الأخيرة ؟

• في البداية كنت أبكي وكنت أستريح لما أبكي وأما الآن لا أجد الدموع في عيني.

- هل تفضل الجلوس مع الناس أم أن تكون بمفردك ؟

• لا أرغب في الكلام مع أي إنسان وإذا جاء لنا ضيف أحب أنى أكون لوحدى في الغرفة وإن يرحل بسرعة.

- هل تشاهد برامج التلفزيون ؟

• التليفزيون أصبح ممل ولا أستطيع متابعة أي برامج وإذا جلس الأولاد أمام التليفزيون أجدهم يضحكون ولكنى لا أجد أى بهجة أو سعادة ولا أستطيع التركيز فى المشاهدة إذا أصروا على أن أشاركهم فى الجلوس.

- وهل تتابع الأحداث المثيرة مثل الاخبار، ومباريات الكرة ؟

• حتى مباريات الكرة التى كنت أحبها وأتابعها باستمرار لا يوجد الآن أى مزاج لها ولا يهمنى نتائج المباريات.

- نظرتك للمستقبل..... هل تشعر بالتفاؤل ؟

• ليس لدي أمل أو هدف في الحياة حتى نتائج الأبناء فى الامتحانات أصبحت لا أهتم بها ولم أسعد عندما علمت أن هناك شخص تقدم لخطبة إبنتى.

- وماذا عن الشهية للطعام ؟

• حاليا شهيتي فى الأكل ضعيفة جداً وفقدت حوالى 5 كيلو من وزنى فى خلال شهرين وحتى الأدوية الفاتحة للشهية لم تؤثر على شهيتى.

- هل توجد مشاكل بعلاقتك مع زوجتك... ؟

• المشكلة ليست فى زوجتى ولا فى معاملتها معى.. ولا أستطيع تحمل المناقشة معها ولا حتى الجلوس والتكلم حول الأولاد ومشاكلهم.

- والعلاقة الجنسية ؟

• حتى موضوع الجنس لم يعد لى اهتمام به الآن وليس لى الرغبة فى أى شئ

- هل تعانى من أى آلام بالجسم ؟

• عندى آلام جسدية منذ حوالى سنة والقولون عندى تعبان ونوبات صداع متكرر وآلام بالظهر وأشعر باختناق فى الصدر (أبو العزائم، 2012).

الوصف والتعريف



تصنف هذه الحالة ضمن الاكتئاب الرئيس والذي يسمى أيضا بـ "اضطراب الاكتئاب المتكرر" recurrent depressive disorder، و"الاكتئاب السريري" clinical depression، و"الاكتئاب الرئيس" major depression، و"اكتئاب احادي القطب" أو "الاضطراب ذو القطب الواحد" unipolar depression, or unipolar disorder. وهو اضطراب نفسي يتميز ويشمل جميع ما يصاحب انخفاض المزاج من تدني تقدير الذات، وفقدان أو خسارة المتعة واللذة في ممارسة الأنشطة اليومية الاعتيادية، وهذا التجمع من الأعراض أو (المتلازمة) كما تسمى تصنف كأحد اضطرابات المزاج كما في تشخيص الجمعية الأمريكية للطب النفسي. إن الاكتئاب تعبير غامض يستعمل في اغلب الأحيان للدلالة على هذه المتلازمة من الأعراض أو تدني الحالات المزاجية، ويؤثر اضطراب الاكتئاب الرئيس على ظروف الحياة العامة ويشمل ذلك الصحة، والعمل، والمدرسة، والحياة الشخصية، والنوم، وعادات الأكل وغيرها. وقد ينتحر من هؤلاء المصابين بنسبة 3,4 ٪ وقد تصل نسبة الانتحار من المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيس واضطرابات المزاج الأخرى إلى 60 ٪ (Barlow , 2005) لذا فقد يعاني المصابون باضطراب الاكتئاب بمجموعة من الأعراض العامة، من هذه الأعراض : انخفاض المزاج، واجترار الافكار والمشاعر، والشعور بالذنب والأسف من دون سبب مناسب، والشعور باليأس، وانعدام المتعة في ممارسة النشاطات والهوايات اليومية (Hays et.al , 1995) من الاعراض الاخرى أيضا الارق، فعند استيقاظ المضطرب في منتصف الليل لا يمكنه العودة مرة أخرى إلى النوم كذلك قد يجد المصاب صعوبة في بدء النوم. وتقدر نسبة الاصابة بالارق بحوالي 80 ٪ على الأقل عند المكتئبين، ويذكر الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب مجموعة من



الأعـراض الجسـمية مثـل : التعـب، والصـداع، ومشاكل في الاكل والجهاز الهضمي، فضلا عن فقدان الشهية الذي يتسبب بنقصان الوزن، ورغم ذلك فإن هناك أشخاص تتفتح شهيتهم للأكل إذ يأكلون بصورة شرهة لا شعورية من دون الشعور بلذة الأكل مما يتسبب في زيادة الوزن (Marano , 2003) و هناك حالات شديدة من الاكتئاب، تظهر فيها أعراض ذهانية وتشمل هذه الأعراض الأوهام والهلاوس، وعادة ما تكون غير سارة ومزعجة وسوداوية، كما تظهر فيها محاولات الانتحار، ومن الأعراض الأخرى لاضطراب الاكتئاب الرئيس هي سوء التركيز وضعف في عمليات التذكر، والانسحاب من العديد من الأنشطة الاجتماعية، فضلا عن انخفاض الدافع الجنسي، وظهور أفكار تدور حول الانتحار والرغبة في الموت (Delgado & Schillerstrom , 2009).

أنواع الاكتئاب الرئيس

يصنف الاكتئاب الرئيس إلى أنواع عدة، ومنها :

التصنيف الأول :

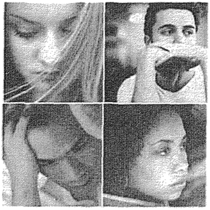
يقوم على درجة الاكتئاب وشدته، ويكون ذلك من خلال ثلاث حالات :

1. الاكتئاب الخفيف (Mild) ويتصف بمزاج منقبض، وتعب متزايد، وفقدان الاهتمام والمتعة، كما يصاحب ذلك في العادة اضطرابات (سيكوسوماتية)، ومع أن المصاب به قد يواجه صعوبة في استمراره بعمله أو التزاماته الاجتماعية، إلا أنه لا يتوقف عن الإيفاء بها.

2. الاكتئاب المعتدل (Moderate) تظهر فيه أعراض الاكتئاب الخفيف فضلاً عن ظهور أعراض أخرى تتمثل باضطرابات النوم والشهية.
3. الاكتئاب الحاد (Severe) وتظهر فيه أعراض الاكتئاب المعتدل فضلا عن الشعور بعدم القيمة وفقدان احترام الذات، والتهيج والشعور بالذنب، ويكون الكرب فيه شديداً ومصحوباً بأفكار انتحارية.

التصنيف الثاني:

ويقوم على أساس منشأ الاكتئاب، ويكون في حالتين :



1. الاكتئاب النفسي، وتكون أسبابه نفسية خارجية ينتج معظمها عن فقدان: موت شخص عزيز، أو هجران، أو خسارة. ويسمى أيضا بالاكتئاب الانفعالي أو العصابي.
2. الاكتئاب الذهاني، يكون ناجماً عن استعداد وراثي (تكويني) ينتقل بواسطة جينات معينة، أو خلل حياتي (بيولوجي) أو زيادة أو نقصان في مستوى نشاط المرسلات العصبية، أو عدم توازن في الهرمونات.

التصنيف الثالث :

يعتمد عليه عدد من الاختصاصيين في الصحة العقلية، وفيه يميزون بين نوعين من الاكتئاب هما:

- الاكتئاب الأكبر ويتضمن خمسة أو أكثر من أعراض الاكتئاب من ضمنها الحزن وفقدان الاهتمام بالنشاطات الممتعة التي تستمر لأسبوعين في الأقل.
- اكتئاب عسر المزاج، ويتضمن ثلاثة أو أكثر من أعراض الاكتئاب

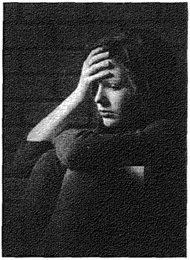
من ضمنها الإحساس الدائم بالقنوط واليأس ومزاج اكتئابي مستمر لا تقل مدته عن سنتين (صالح ، 2009).

الإعراض العامة للاكتئاب الرئيس

إن اضطراب الاكتئاب هو مرض شامل يؤثر على الجسم والمزاج والأفكار. إنه يؤثر على طريقة أكلك ونومك وطريقة إحساسك بنفسك، وطريقة تفكيرك عن الأشياء. واضطراب الاكتئاب ليس فقط اختلال مزاجي عابر... وليس علامة ضعف أو عجز من الشخص المصاب، أو حالة تستطيع طردها أو الهروب منها بالتفكير فى أشياء أخرى. والمصابون بالاكتئاب لا يستطيعون أن يسحبوا أنفسهم من أعراض المرض لكى يرجعوا أسوياء مرة أخرى، ومن دون العلاج فإن أعراض المرض من الممكن أن تستمر لأسابيع أو شهور أو أعوام. وباستعمال العلاج المناسب فإنه من الممكن التغلب على المرض فى 80 ٪ من الحالات التى تعانى من الاكتئاب، إلا أن في حالات الاكتئاب الأخرى مثل الاكتئاب ثنائي القطب (تظهر لدى المريض حالة من النشاط المفرط والمتمثلة بالهوس أو تدني المزاج الشديد ويتمثل بالاكتئاب) من الصعب... رغم ذلك هناك بعض المضطربين يعانون من أعراض قليلة، وهناك الكثير أيضاً يعانون من أعراض شديدة تختلف من فرد لآخر (ابو العزائم، 2011) على العموم أن الاعراض المشتركة بين الانواع المختلفة للاكتئاب هي :

- فقدان او خسارة الشعور بالمتعة والاهتمام بالاشياء التي يستمتع بها عادة، وهذه تدعى انهدونيا anhedonia (انعدام اللذة) انعدام القدرة على الاستمتاع بأي شيء في الحياة.
- تغيرات في الشهية، وقد يبحث البعض عن اشياء لها جاذبية، ليجبر نفسه على تناول الطعام. وهذه الحالة تؤدي الى فقدان وزن المصاب بالاكتئاب، في حين نجد أن بعض المصابين قد تظهر لديهم رغبة قوية في تناول الطعام، مما يزيد من وزنهم.

- تغيرات في عادات النوم sleep habits، فالمكتئبين غير قادرين على النوم، أو تنويم انفسهم دائما.
- مستوى منخفض جدا من الحيوية او النشاط، مع اعياء (تعب) fatigue مفرط، وتركيز ضعيف على تسلسل الافكار.
- ليست لدي الناس المكتئبين دافعية لعمل أي شيء، وقد يجدون انفسهم غير قادرين على الخروج من السرير، وغير قادرين على انجاز واجباتهم المهنية أو المدرسية.
- الشعور بالسوء تجاه انفسهم، وتقدير ذات منخفض low self-esteem، والشعور بعد القيمة feeling worthless، ولوم انفسهم blaming themselves نحو أي شيء خاطئ في حياتهم والعالم.
- يميل المكتئبين الى الشعور باليأس feel hopeless حول المستقبل، ولا يعتقدون بأنهم سيشعرون بالتحسن على الاطلاق (Hewstone et.al , 2005)
- أن اضطراب الاكتئاب الرئيسي ليست له نتائج سلبية في شعورهم بأنفسهم ومستقبلهم فقط، بل ايضا على علاقاتهم الاجتماعية. فاثناء ما يحدث الاكتئاب يميل الناس الى الانسحاب الاجتماعي withdraw socially، والشعور بانعدام الامن insecure في العلاقات، واظهار الرفض للاخرين، ومواجهة مستويات عالية من الصراع الشخصي interpersonal conflict، والضغوط. كما أن كل من العائلة والاقرباء يعانون من المكتئب، وذلك بسبب قلة خبرتهم في التعامل مع المكتئب ومشاعر المعاناة والاحباط واليأس. لذا ليس من المستغرب أن تكون الكآبة من أكبر وأخطر عوامل



الانتحار، فتصل نسبة المنتحرين من المصابين بالاكتئاب الى 15 ٪ (Clark & Goebel-Fabbri, 1999).

الفرق بين الاكتئاب والكآبة	
علامات الاكتئاب	علامات الكآبة
فقدان مستمر للطاقة. • حزن دائم و عصبية وتقلبات في المزاج. • إحساس متكرر بالعجز. • نظرة سلبية مستمرة الى العالم والى الآخرين. • إحساس بعدم القيمة أو بالذنب. • عدم القدرة على التركيز. • استيقاظ متكرر في الصباح الباكر، أو تغيرات اخرى في انماط النوم. • عدم القدرة على الاستمتاع بالنشاطات الممتعة..	• الإحساس بالإحباط لأيام عدة، ولكنك تستمر في انجاز النشاطات اليومية بطريقة طبيعية. • فقدان عرضي للطاقة، او تغير بسيط في انماط النوم. • القدرة على الاستمتاع ببعض النشاطات الترفيهية. • وزن ثابت. • إحساس بالعجز لفترة قصيرة.

العمر والانتشار

يعتبر سن المريض من العوامل المؤثرة على الصورة الإكلينيكية للاكتئاب، فكثيرا ما تتغير صورته مع تغير العمر. ففي الأطفال مثلا يأخذ صوره اضطرابات نمائية ... فمثلا يفقد الطفل تحكمه في البول بعد أن كان قادرا على ذلك، أو يبدأ في إظهار صعوبة قي النطق كالتهتهة مثلا بعد أن كان كلامه سلسا.وفي الأطفال الأكبر والمراهقين يأخذ الاكتئاب صورة اضطرابات سلوكية فيبدأ الطفل أو المراهق في الكذب أو السرقة دون داعي وربما اعتبر الوالدان ذلك خللا في التربية دون النظر إلى انه قد يكون تعبيرا عن مشاعر دفينة

بالحزن. و كثيرا ما يأخذ الاكتئاب صورة أعراض جسدية في السن الصغير وأيضا الكبير، وبدلا من أن يقول المريض انه حزين فانه يترك ذلك لجسده الذي يبدأ في التألم فتبدأ المعاناة من أمراض الجهاز الهضمي أو الحركي أو غيرها، في حين أن الاكتئاب فى المسنين يظهر بصورة اضطرابات معرفية فيحدث الخلط بين مريض الاكتئاب و مريض عته الشيخوخة (أبو العزائم، 2011). إلا أن البداية الأكثر شيوعا لظهور هذا الاضطراب من 20 – 30 سنة تقريباً ويصل ذروته ما بين 30 – 40 سنة تقريباً (Bech et.al , 2001) أما نسبة الإصابة به فتقدر 1 : 20 من كل شخص فى المجتمع سنوياً ونسبة الإصابة به بالنسبة للنساء إلى الرجال 2 : 1 (أبو العزائم، 2011) في حين يقدر أن ما بين 9- 20 ٪ من مجموع السكان يعانون من وقت الى أخر على امتداد عمرهم من أعراض جوهرية للاكتئاب (غريب، 2005).

التشخيص

قد يكون ظهور الاكتئاب مرتبطاً ببعض الأحداث الشديدة مثل الانفصال والطلاق في الأسرة أو موت أحد الأعزاء أو حدوث بعض المشاكل المالية الشديدة ولهذا يطلق العلماء على هذا النوع من الاكتئاب مفهوم "الاكتئاب التفاعلي" إشارة إلى خاصية ارتباطه بتفاعل مع مواقف أو أحداث خارجية أثرت على الشخص المصاب... وفي هذه الحالة تكون الاستجابة أو التفاعل مرتبط بالموقف وعادة ما ينتهي في فترة قصيرة يكون بإمكان المريض بعدها أن يعود إلى ممارسة حياته الطبيعية المعتادة. أما إذا استمر الاكتئاب - حتى بعد زوال المؤثر الخارجي - لفترة طويلة (أسبوعين أو أكثر) فهنا يحدث ما نسميه " الاكتئاب العصابي " الذي يختلف عن " الاكتئاب التفاعلي " (الاستجابي) في أن مزاج المضطرب ومشاكل النكد واليأس تكون أكثر حده وأكثر استمراراً، ويمتزج الاكتئاب العصابي بخليط من المشاعر العصابية بما فيها القلق والخوف والتوجس والإحباط. وقد يحدث الاكتئاب من دون وجود أسباب خارجية واضحة

وهذا النوع يسمي " الاكتئاب الداخلي " وعادة ما ينظر الأطباء إلي هذا النوع من الاكتئاب علي أنه أشد خطراً من النوع الاستجابي وعادة ما يكون خطة علاجه مزيجاً من العلاجات النفسية والعضوية بما فيها من العقاقير المضادة للاكتئاب وربما بعض الجلسات الكهربائية. وفي أحيان أخرى يظهر الاكتئاب في دورات يسبقها أو يتلوها فترات من الهياج أو الهوس والنشاط الزائد وهو ما يسمي بالاضطراب الوجداني " أو اضطراب الهوس والاكتئاب" وينظر لهذا النوع على أنه أشد خطراً لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطف فقط، بل يصب كذلك كثيراً من قدراته الأخرى بما فيها قدرته علي التفكير السليم وعلاقاته الاجتماعية ومن ثم يصبح المريض خطراً علي نفسه بسبب إهماله الشديد لحاجاته الحيوية أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال ضارة به مثل الانتحار(ابو العزائم، 2012).

على العموم يستند تشخيص هذا الاضطراب اعتمادا على خبرات المريض الذاتية، وما يذكره الأهل والأصدقاء، وفحص الحالات العقلية، وليس هناك اختبار واحد ومحدد لإصابة اضطراب الاكتئاب الرئيس ؛ لأنه هناك حالات صحية تشابه أعراض الاكتئاب ويتداخل معها رغم ذلك فإن هناك قوائم اختبار تقيس الاكتئاب مثل Major Depression Inventory (Bech et.al , 2001)

الاسباب

1. **الاسباب الوراثية** : تساهم الجينات الوراثية في حدوث الاكتئاب بدرجة كبيرة وخاصة في الاكتئاب الذهاني، فتشير الدراسات الجينية ومنها دراسة Dowlatshahi et. al , 2001 التي اجريت عندما شرحت جثث المنتحرين جراء الإصابة بالاكتئاب الذهاني ولاسيما في مناطق الدماغ أن كل من الجين GRP78, GRP94 CREB سبب رئيسي في ظهور هذا الاضطراب. في حين وجدت دراسة Marco et.al , 2001 أن النمط الجيني 5- HTT هو المسؤول عن هرمون السيروتونين الذي له علاقة

كبيرة في ظهور اضطراب الاكتئاب الذهاني. أما دراسة .Goldman et al , 2001 : فوجدت أن كل من الجينات الآتية G1 , G2 w , CAG كانت مشتركة بين العائلات التي تنتشر فيها الإصابة بالاكتئاب الذهاني. وكذلك وأشارت دراسة Heinz , 2008 أن لجين DAT و 5- HTT اثر كبير في ظهور الاكتئاب الذهاني لدى المرضى . ومن الدراسات أيضا دراسة Catalan et.al , 2008 حيث وجدت أن الجين SLC6A4 في الكروموسوم 484 له تأثير كبير في ظهور اضطراب الاكتئاب الذهاني كما يعمل بوصفه معرقل لاي معالجة نفسية اذ يعاود الاكتئاب للمريض من جديد.

وعلى صعيد الدراسات العائلية وجدت دراسة Barlow-Stewart , 2007 من خلال تحليل مجموعة من الدراسات الوراثية فضلا عن دراسة مجموعة من العائلات أن نسبة انتشار الاكتئاب الذهاني ما بين الأقرباء كان كالآتي :

درجة القرابة	نسبة الانتقال الوراثي
التوائم المتماثلة	50 - 70 ٪
التوائم مع كلا الوالدين	50 ٪
الإخوة والأخوات مع الوالدين	20 ٪
التوائم الأخوية	20 ٪
الإخوة فيما بينهم	13 ٪
الأقرباء من الدرجة الثانية	5 ٪
أبناء العم	2 ٪

في حين أشارت دراسات التوائم ومنها

- دراسة 1986 , Torgersen : وجدت هذه الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم أن نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة قد يصل إلى نسبة قدرها 54 ٪، أما في حال التوائم الأخوية فيصل إلى نسبة قدرها 24 ٪.

- دراسة Craddock et.al , 1995 : وجدت الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم المتماثلة و الأخوية أن نسبة التوافق الوراثي قد بلغ إلى نسبة تتراوح بين 40 - 50 ٪، و أن التأثير الوراثي بشكل عام بلغ نسبة قدرها 33 – 42 ٪.
- دراسة McGuffin et.al , 2003 : وجدت الدراسة التي اجريت على 76 زوجاً من التوائم أن أثر الوراثة تقدر بنسبة 80 ٪ وأن عامل الوراثة يؤثر في الاكتئاب عند اشتراكه مع الهوس بنسبة 70 ٪
- دراسة Moore et.al , 2004 : وجدت الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم ان اثر الوراثة قد بلغ بنسبة قدرها 50 ٪
- دراسة Kendler B et.al , 2006 : وجدت الدراسة التي أجريت على 692 زوجاً من التوائم أن اثر الوراثة قد تراوح بين 42 – 46 ٪ .
- دراسة Douglas et.al , 2007 : وجدت الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم ان تأثير الوراثة يتراوح ما بين 40 – 50 ٪.

2. **الأسباب العصبية :** أما بالنسبة الى العوامل العصبية ، فتؤكد وجهة النظر الحالية بأن للمستقبلات العصبية دور في حدوث الاكتئاب ولكن لا يوجد مستقبل عصبي واحد معروف يرتبط مع اضطراب الاكتئاب الرئيسي. على الاغلب يشمل عدم تنظيم جهاز المستقبلات العصبية، وفي الحقيقة قد يرجع اختلال توازن المرسلات العصبية في تنظيم المزاج . ومن الاسباب العصبية الأخرى لمسببات اضطراب الاكتئاب الرئيسي اختلال وظيفة الغدد الصماء العصبية neuroendocrine dysfunction، حيث يميل لدى بعض الناس المكتئبين ارتفاع مستوى الكريسترول cortisol في الدم. حيث يشترك الكريسترول في تنظيم ردود فعل الجسم الشديدة، ويصبح مرتفعا تحت حالة الضغوط، وهذا يقترح بأن الحالة الجسدية لدى الناس المكتئبين قد تكون في حالة ضغط مزمن (مستمر) chronic stress، وان الحالة الجسدية ربما أكثر تفاعلا مع

الضغط من الناس غير المكتئبين. لذا نرى ان الضغط يمارس دورا مهما في قابلية التعرض الى الاصابة بالاكتئاب الرئيس (Siever & Davis, 1991) (Hewstone et.al , 2005).

3. الاسباب البيئية : وتتمثل بالآتي :

أ. ضغوط الحياة life stress ، حيث تعد هذه الضغوط أحد العوامل الرئيسة في الاصابة بالاكتئاب، والتي تتضمن أحداث الحياة السلبية والمرهقة بشكل مستمر. لكن هذا لا ينطبق على الكثير من الناس، فالبعض منهم قد يتعرض الى هذه الظروف، ولكنهم لا يصابون بالاكتئاب، لذا يحدث الاكتئاب تبعا الى نظرية الاستهداف – الضغط نتيجة دور الاستعدادات الوراثية والظروف البيئية الضاغطة لظهور المرض. وبشكل محدد، أن طريقة تفكيرنا واعتقاداتنا حول ضغوط الحياة تؤدي الى الاكتئاب. وهذه تتسق مع النموذج المعرفي للبثولوجيا المرضية، الذي يؤكد أن تفكير الناس بشأن احداث الحياة بطريقة متشائمة وسلبية على الارجح سيصبحون مكتئبين، على العكس من الناس الذين يفكرون بطريقة متفائلة بشأن أحداث الحياة Beck& Emery, (1985). فطريقة اوصاف المتشائم حول انفسنا والعالم والمستقبل مشوهه معرفيا. ومن الامثلة على ذلك النظرة الى الاشياء أما بيضاء أو سوداء، والتركيز والمبالغة على الخصائص السلبية، وتقليل الخصائص الايجابية. فعندما تظهر لدى الناس التشوهات المعرفية، فأنهم يستعملونها في شرح ظروف حياتهم، ويضعون أنفسهم امام خطر خبرات الأمزجة السلبية experiencing negative moods، ومن امثلة التشوهات المعرفية في الاكتئاب هي على النحو الآتي:

- سواء فكرت أم لم أفكر في الموضوع مرة أخرى فأنا دائما خاسر!
- على العموم سأصبح في جميع الاحوال خاسرا !
- في العمل : أنا سيء في عملي، لذا أنا متأكد بأني سافشل ، وبعدها سأطرد ، وسأذل تماما ، ولا أحد سيوظفني ثانية ، وساكون حزينا الى الابد !
- التفجع (توقع الكارثة) : أنها غلطتي، لقد خطيب أختي علاقته معها ، لو لم أكن محتاجه الى اهتمامه، لقضت وقتا اطول معه، ولبقوا معا فترة طويلة !
- التفكير الانفعالي : أنا اشعر مثل أحمق عاجز، لذا يجب أن أكون أحدهم !

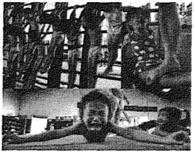
بصورة مماثلة اقترح سيلجمان Seligman وزملاؤه إن الناس الذين يتعرضون الى الاكتئاب يميلون الى عرض تفسيرات سببية ذاتية internal وسلبية وثابته وشاملة للاحداث السلبية.

على سبيل المثال، لو ذهبت في موعد سيء، فأن رد فعلك سيكون :

- أن جميع ما حدث هو بسببي (ذاتية).
- أنا دائما اعمل الشيء الخاطي (شامل).
- سوف لن تكون لدي رفيقة مناسبة (ثابته) , Hewstone et.al) 2005)

ب. الظروف الشخصية ، أن الظروف التي يعيشها الشخص يمكن أن تمارس دورا سلبيا في الاكتئاب. فالعلاقات العائلية والزوجية والاصدقاء تسبب القلق في اغلب الاحيان، و اشكال من الصراعات الشخصية مثل انهاء العلاقات، وكثرة المنازعات، وقلة

الدعم الاجتماعي، هذه ترتبط بشكل مباشر بالاكتئاب. لذا فأن النماذج الشخصية للاكتئاب تؤكد كيف يمكن للمشكلات الشخصية أن تكون سببا أو نتيجة للاضطراب. على سبيل المثال يقترح كوين Coyne (1976) أن الناس المكتئبين ينشغلون في سلوكيات تؤدي إلى استثارة استجابة الرفض من الآخرين، وأن هذا الرفض يؤدي مستقبلا الى الاكتئاب. (Davila, 2000) (Hewstone et.al , 2005)



ج. تجارب الطفولة : اقترح هيمان (Hammen,1991) أن أكتئاب الناس يولد الضغوط الشخصية في حياتهم، وهذا ما يجعلهم فيما بعد أكثر أكتئابا، لذلك نجد أن أكتئاب بعض الناس له جذور من تجارب الطفولة (Cicchetti et al., 1994). لذا فأن الارتباط غير الآمن في الطفولة قد يضع مراحل للاكتئاب من خلال وضع الاطفال في مواقف مضرة وفي اربعة مجالات مهمة، هي :

1. يجعل انخفاض تقدير الذات المكتئبين متشائمين نحو انفسهم themselves والعالم.
2. أن عدم القابلية لتنظيم انفعالاتهم الايجابية بنجاح يتركهم غير قادرين على ابعاد مشاعر الكآبة.
3. أن عدم تعلم مواجهة الضغوط بشكل جيد، سيتركهم يستعملون استراتيجيات غير ملائمة (مثل بقاء المشاكل بشكل خفي، واجترارها).

4. وجهات النظر السلبية نحو الاخرين، واستعمال طرق غير فعالة في التفاعل معهم (مثل الاتكال المفرط عليهم، أو تجنبهم) يضعهم في خطر الكآبة خلال التأثيرات السلبية التي يتركها على علاقاتهم الشخصية (Hewstone et.al , 2005).

العلاج

هناك وسائل عدة لعلاج الاكتئاب، ويمكن استعمال أكثر من واحدة معا أو أختيار ما هو مناسب لكل حالة من الحالات، وهذه الوسائل هي :

1. العلاج العقلاني السلوكي :

ويستند على مساعدة المريض في ادراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغيرها إلى افكار أو قناعات ايجابية واقعية بدرجة كبيرة، وسيعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المخصصة للعلاج. ويتم تغيير التفكيير السلبي بصورة تدريجية على هيئة جلسات تكون فردية أحيانا وجماعية في أحيان أخرى، وذلك من خلال اقناع المريض ان مايشعر به من احباط وسوداوية ما هو إلى بسبب الضغوط والمواقف العصيبة التي يمر بها. تبدأ بعد ذلك عملية استبدال تدريجي للمشاعر السلبية بافكار ايجابية وواقعية فعلى سبيل المثال استبدال فكرة "انا لا اصلح لأي شيء" بفكرة "انا احس باني لا اصلح لشيئ لكوني مريضا"، ويستعمل أيضا طريقة سؤال الشخص بان يذكر مجموعة من النقاط الأيجابية عن نفسه وفي معظم الحالات لايتمكن الشخص المصاب بالاكتئاب من ذكر اية نقطة ايجابية نظرا للطبيعة التشاؤمية للمرض، فيقوم المحل النفسي بمساعدة المريض بتكوين قائمة من النقاط الأيجابية الحقيقية الموجودة في الشخص مبتدأ باشياء بسيطة مثل "انا احب اطفالى". وتدريجيا يتم تشخيص الأفكار السلبية واحدة بعد الأخرى ويتم باستبدالها بافكار واقعية وهذه المهمة ليست بالسهلة أو السريعة ويعتمد تاثيرها على العديد من العوامل بدءا من المريض إلى الظروف الأجتماعية المحيطة به إلى تناوله للادوية بصورة منتظمة (سرحان، 2001).

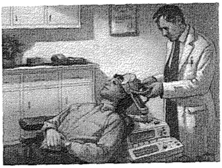
2. علاج الايقاع الشخصي المتناسق :

يستند هذا العلاج على مساعدة المريض في العيش بتناغم مع الأشخاص القريبين والمحيطين بالشخص مثل (افراد العائلة) بواسطة تشخيص الأساليب الغير المرنة التي يستعملها شخص معين في تعامله مع الأخرين، والتي ظهرت لديه نتيجة لاعراض بعض الأمراض النفسية أو نتيجة لصفات متاصلة في شخصية الأنسان. ويكمن أهمية هذا العلاج بكونه يستهدف عوامل التوتر الخارجية ومن ضمنها العلاقات الشخصية التي تلعب في بعض الأحيان دورا كبيرا في تسبب نوبات الاكتئاب، فيقوم المحلل النفسي أو الطبيب النفسي باستطلاع الطرق الغير السليمة التي يستعملها الشخص عندما يواجه توترا خارجيا على سبيل المثال فقد يستعمل البعض اللجوء إلى الكحول لمواجهة المشاكل أو الأنفعال الشديد والصراخ عند حدوث خلافات، وهنا يمارس المتخصص النفسي دوره في تثقيف الشخص بأن الأنسان في حالة الأنفعال والقلق وحسب قوانين جسمية ثابتة سوف لا يستطيع التفكير بدقه كما أن جسمه سيستقبل كمية قليلة من الدم إلى خلايا الدماغ حيث يتم ضخ كمية أكبر من الدم إلى اطراف جسم الأنسان ليساعده اما في الدفاع عن نفسه أو الهرب لأنقاذ حياته وهنا فاي كلمة أو قرار يتفوه به الشخص في لحظة الأنفعال هذه تكون غير موضوعية، ويقوم المختص النفسي بمساعدة الشخص في تكوين قائمة بالمواقف التي تسبب انفعالا أو احباطا في ذلك الشخص ويقوم بتمرين الشخص على استعمال طرق أكثر فعالية مثل تجنب اتخاذ القرارات في لحظة العصبية أو الأبتعاد عن الموقف أساسا أو مساعدة الشخص في تحليل سبب كون ظاهرة معينة عامل احباط من الأساس.ويفضل في مثل هذا النوع من العلاج ان يتم في حظور الأشخاص الذين يتعايشون مع المريض بصفة يومية مثل افراد العائلة أو الزملاء في العمل والفكرة النهائية هي مساعدة جميع الأطراف في تحديد العوامل التي تسبب التوتر ومساعدتهم على انتهاج اساليب عملية لحل هذه الخلافات (الشربيني، 2001).

3. العلاج العائلي :

يعد العلاج العائلي إحدى طرائق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق وتعكر المزاج والثنائي القطب وحالات نفسية أخرى، ويستند على مساعدة المريض في حل مشاكله مع افراد عائلته بدل القاء اللوم على افراد العائلة. يلتقي المختص النفسي عادة مع شخصين أو أكثر من نفس العائلة في كل جلسة، ويتم التركيز في هذه الجلسات على الوسائل المستعملة بين الأزواج أو افراد العائلة الواحدة في حوارهم فيما بينهم من دون الاهتمام بالتحليل العميق لجذور هذه الوسائل الغير السوية المستعملة، فالهدف الرئيسي هنا هو معرفة وتنظيم مايحدث بين افراد العائلة وليس مايدور في ذهن كل فرد في العائلة بمعزل عن الافراد الأخرين. ومن خلال الجلسات يستمع المختص النفسي إلى شكوى ومعاناة افراد الأسرة ويقوم أيضا خلال استماعه إلى ملاحظة كيفية الحوار والتعامل بين الأشخاص الموجودين في الجلسة ويتم مساعدة الأفراد في ايجاد حلول للمشاكل الرئيسة التي تهدد ترابط الأسرة بوصفها وحدة واحدة وهذه مهمة صعبة على أرض الواقع لان اي مشكلة تحدث في العائلة لها أسباب متعددة مثل الوضع الأقتصادي للاسرة والصحة النفسية لافراد الأسرة، ولهذا فان مجرد حظور هذه الجلسات مع عدم حل المشكلات الأخرى ستكون عديمة الجدوى ولكن الفكرة هنا تكمن في تثقيف اعضاء الأسرة بالجلوس فيما بينهم والتحدث بصراحة ووضع جدول لخطوات معينة قد تؤدي في المستقبل إلى تحسين قدراتهم الذاتية على الحوار بدون استعمال وسيط خارجي (سرحان، 2001).

4. العلاج بالصدمة الكهربائية :



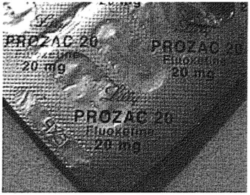
علاج بالصّدمات الكهربائيّة ويسمى أيضا العلاج بالرجة الكهربائية، وهو أحد أنواع العلاجات غير الدوائية المستعملة في علاج الاكتئاب. وتعتمد فكرة العلاج على تحفيز صناعي لمخ المريض بواسطة تمرير تيار كهربائي خارجي إلى خلايا الدماغ، فتؤدي هذه العملية الى تخفيف هذه الافكار وتحسن مزاج المريض. وتستعمل الصدمة الكهربائية في حالات الاكتئاب الآتية :

- الاكتئاب الشديدة الذي لم يتحسن بالعلاج الدوائي والعلاج النفسي.
- الاكتئاب الشديدة المصحوب بافكار جدية بالانتحار حيث لايمكن الأنتظار فترة طويلة لبدأ مفعول الأدوية التي عادة تستغرق 4 - 6 اسابيع.
- حالات الاكتئاب الشديدة التي لايمكن استعمال الأدوية المضادة للكآبة بسبب اضرارها الجانبية، على سبيل المثال يعد العلاج بالصّدمات الكهربائيّة للأم الحاملة في الشهور الأولى أفضل من الأدوية التي تكون عادة ذات تاثير سيئ على الجنين.

لذا فأن لهذا العلاج تاثير ايجابي وسريع في ما يقارب 70٪ من المصابين بالاكتئاب وهناك جدل كثير حول الأضرار الجانبية لهذا النوع من العلاج الذي يعده البعض علاجا وحشيا، رغم ذلك فأن العلاج بالصدمة الكهربائية مازل يستعمل لحد الآن في أكثر الدول تقدما من الناحية الطبية (Rudorfer et.al ,2003)

5. العلاج الدوائي :

هناك العديد من الادوية التي استعملت عبر تاريخ علاج الاكتئاب، وهذه الادوية من أقدم أنواعها الأدوية الى أحدثها (التي ترفع من نسبة مادة السيروتونين) هي :



- مانع الأكسيديز الأميني الأحادي مثل نارديل وبارنيت وسيليجلين التي تستعمل فقط في حال أن الأدوية الأخرى عديمة الجدوى لأنّ هناك احتمالية التفاعلات القاتلة بين طبقة الدواء هذه والأطعمة المعيّنة مثل الجبن وقائمة طويلة من المواد الغذائية الأخرى وهناك نوع جديد معروف كمانع عكسيّ لأكسيداز أميني أحادي يتبع مادة كيميائية محددة جدا ولا يتطلب نظام غذائي خاصا واسمه أوروريكس "moclobomide".
- مضادات للاكتئاب ثلاثي الحلقات ((بالإنجليزية: Tricyclic antidepressant)) وتتضمّن هذه الأدوية مثل كأميتريبتالين وكلوميبرامين وديسيبرامين واميبرامين ولكن لهااعراض جانبية كثيرة مثل تسارع نبضات القلب ووالدوخة وجفاف الاغشية المخاطية في الفم واعراض جانبية أخرى وان كانت ماتزال واسعة الانتشار
- الأدوية التي ترفع نسبة مادة السيروتونين، وتعد هذه الأدوية من أكثر الأدوية المستعملة في الوقت الحاضر وتكمن فكرتها في منع إعادة امتصاص السيروتونين الذي يعتبر أحد الناقلات العصبية، ومن ثم ازدياد نسبتها ومن الأنواع الشائعة لهذه النوع من الأدوية بروزاك وباكسيل وزولوفت و.

- أدوية أخرى مثل افيكسور وريمرون وترازودون وببروبيون وهذه الأدوية لاتنتمي إلى الفصائل الثلاثة المذكورة.
- استعمال الدهون غير المشبعة والمنخفضة الكوليسترول ومجموعة فيتامينات B، والتي تبين أن لديها القدرة على التأثير على الحالة المزاجية و تأثير على زيادة امتصاص وسائط نقل الإشارة الكيماوية في المخ، حيث اظهرت التجارب إلى أن السمك والزيوت التي تحتويها وخصوصا الحمض الدهني أوميجا 3 تساعد على التخلص من الاكتئاب (سرحان، 2001) و(الشربيني، 2001).

برنامج بسيط للتخفيف من الاكتئاب لذا فمن أجل التخلص والتخفيف من الاكتئاب أتبع الآتي :
التقرب إلى الله عز وجل، فيرتاح قلبك ويزول همك. • شارك مشاعرك : تحدث إلى صديق موثوق، أو شريك، أو فرد من العائلة، أو مستشار نفسي. فهو يستطيع أن يقدم لك الدعم والنصائح. • أمضى الوقت مع الآخرين: فالتفاعل الاجتماعي جيد عموما. لكن، تأكد من تمضيتك وقتك مع أشخاص إيجابيين، وليس مع الذين يجعلون أعراضك أسوأ. • افعل الأشياء التي تستمتع بها: انخرط في نشاطات كانت تهمك في الماضي، ولكن لا تخف أيضا من تجربة أشياء جديدة. • مارس التمارين بانتظام: فالنشاط الجسدي قد يخفف أعراض الاكتئاب. جرب المشي أو الركض أو السباحة، أو الاعتناء بالحديقة، أو القيام بمشروعات تحبها. • تجنب الكحول والعقاقير غير المشروعة: قد يبدو للوهلة الأولى أن الكحول أو المخدرات تخفف أعراض الاكتئاب، لكنها تجعلها أسوأ عموما على المدى الطويل، وتجعل علاجك أصعب.

- احصل على قدر كاف من النوم: فالنوم الجيد خلال الليل مهم جداً حين تكون مكتئبا. إذا كنت تواجه مشاكل في النوم، فتحدث إلى طبيبك بشأن ما يمكنك فعله.
- لا تتحمل الكثير من المسؤوليات دفعة واحدة: إذا كانت لديك مهام كبيرة، فقسمها إلى مهام أصغر. حدد أهدافاً بسيطة يمكنك إنجازها.
- ابحث عن الفرص لتكون مفيدا: فتشعر بالرضى عن نفسك عندما تستطيع مساعدة الآخرين، حتى لو كانت مساعدتك ضئيلة.
- أحماض أوميغا 3 الدهنية Omega-3 fatty acids: إن تناول الغذاء الغني بأحماض أوميجا 3، أو تناول مكملات أوميغا 3 قد يساعد على تخفيف الاكتئاب، مع توفير فوائد صحية أخرى. والواقع أن هذه الدهون الصحية موجودة في أطعمة معينة، مثل سمك المياه الباردة، وبذر الكتان، وزيت الكتان، والجوز.
- علاجات الاسترخاء : ثمة عدد من تقنيات الاسترخاء قد يساعد على تخفيف بعض أعراض الاكتئاب عبر مساعدتك على مواجهة التوتر والقلق، وهما حالتان تزيدان من الاكتئاب. هذه العلاجات تشمل التدليك، والتأمل، والتنفس المسترخي.

متى يجب زيارة الطبيب

إذا استمرت أعراض الاكتئاب لأكثر من بضعة أسابيع، أو إذا كنت تشعر بالعجز أو تفكر في الانتحار، فمن المهم طلب المساعدة. بالنسبة إلى العديد من الأشخاص، يتمثل العلاج الأكثر فاعلية في مجموعة من العلاجات.

اتصل بطبيب ليستطيع مساعدتك على معرفة ما إذ ا كان مرض طبي يسهم في أعراضك. إذا كانت أعراضك خفيفة ولكن مستمرة، فقد يكون المعالج النفسي مفيدا. يتخصص المعالجون النفسيون في العلاج النفسي الفعال في معالجة الاكتئاب والقلق على حد سواء. (سعيد، 2010)

اضطراب الوسواس القهري Obsessive–compulsive disorder

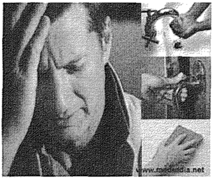
حالة مرضية

موظف ، عمره (31 سنة) ، متزوج ، وله ثلاث بنات ، ويقيم في القاهرة ، جاء يشكو من حالة خوف قهري متكرر " ... ويقول هذا الموظف المضطرب : أهم مشكلة عندي هي الخوف من دون مبرر ، ومقتنع تماما أن كل الاشياء التى أخاف منها لا تدعوا الى الخوف ، ولكن الخوف شىء أعانيه منذ زمن طويل ... فأخاف من الأمراض من (15 أو 20 سنة) وإلى الآن، وكذلك أخاف من الموت بشكل غير معقول ، ولا أحب التفكير والتحدث عنه ، وكذلك اتخيل أننى سأموت ، وماهو هو شعوري عندما أموت ، لذلك أشعر برعب كبير. (المختص) وقد كان يتحكم في خوفه بطريقة غريبة نوعا " ... فيقول هذا المضطرب لما اشعر بالخوف أحرك عضلات بطنى ، وعضلات داخلية في رأسى ، وعضلات أسنانى ، ولما أسمع صوت حركة العضلات ينتابني الهدوء ، إذا لم أقم بهذه الاعمال سابقى متوترا وقلقا .... " هذا وقد كان المضطرب يعاني فعلا من مجموعة من أمراض الحساسية (زكام وأكزيما وأرتيكاريا) .

وبدراسة تاريخه ، وجد أن والده منفصل عن والدته (وهى من بلد عربي شقيق ، وتقيم في بلدها الآن) منذ سنوات طويلة ، وأنه كان قاسيا غريب الأطوار ، هز كل القيم والمثل في نفوس أولاده ... فقد كان يتحدث عن الشرف والصدق والأخلاق في الوقت الذي يذكر فيه المريض أنه سرق (شوك وملاعق) من فندق بفلسطين . وكان عمر المريض حينذاك حول السابعة ، وقد ذهل الطفل من فعل والده الذي يوصيه بالصدق والطاعة ، وذكر المريض حادثة أخرى أقسى من السابقة ، كان لها عواقب مادية وخيمة ، وهى أن والده اضطره أن يحمل مخدرات وهو طفل ، وضبطه

البوليس ، فاعترف على والده ، الأمر الذي كان سببا مباشرا في إلقاء الوالد في السجن بضعة سنوات ، بما يتبع ذلك من شعور دفين بالذنب ... وقد كانت أحلامه كثيرة جدا ، تدور حول أمرين : الأول المطاردة المستمرة ، والثانى القذارة البالغة ... ومن أمثلة هذه الأحلام .... " .... حلمت أن هناك مؤامرة لقلب نظام الحكم ، وسمعت الراديو يذيع تفاصيل المؤامرة ، وإن أنا من أنصار الملك السابق ومطلوب القبض عليّ ... إلخ .... " . ومن حلم آخر ... " ..... حلمت أنى بلغت المباحث عن جواسيس ، ولكنهم قالوا لى : أنك يجب أن تسجن معهم ، رغم أني وطني (1) ، وفيما بعد وعدوني بإنهم سوف يساعدونني ويحكموا عليّ بالبراءة .... وفي حلم ثالث ... " ... وأنا في الحمام ، كان الماء ينسكب من السيفون بدلا من فتحة الدوش . ووقتها لم أكن أشعر بإني أتنظف ، بالعكس كنت اشعر أنني أتوسخ زيادة ، وكنت حينها اشعر بالقذارة ... "(البنا ، 2001)

التعريف والوصف



وهو اضطراب قلقي يتصف بالأفكار التداخلية التي ينتج عنها عدم الراحة، والتوجس، والخوف، والقلق، وسلوك تكراري هدفه خفض هذا القلق أو مجموعة الأعراض المرتبطة بالحصر والقهر (Hollander &_Dan , 1997) فيظهر بصيغة فكرة متسلطة وسلوك اجباري على درجة من التكرار والقوة لدى المضطرب ويلازمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المضطرب وتبعده لغرابته وسخفه، ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته ويشعر بالقلق والتوتر اذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام به (الأغا ، 2009).

لذا من تعاريف الوسواس القهري :

- مياسا، 1997 : أفكار ثابتة تتسلط على الفرد، وتلح عليه، على الرغم من شعوره بتفاهتها وبعرقلتها لسير تفكيره، فإذا رغب في التخلص منها واجهته بمقاومة، وإذا أراد الانشغال عنها عاودت، لظهور والإلحاح، وإذا استجمع قواه وأراد إبعادها عنه فإن مجمعه قلق شديدة تعصف به، لذلك فإنه يضطر للعودة ضاغطاً لتسلطها، وهي تضعف قدرة الفرد على العمل المستمر بسبب الوقت الذي يضيعه وهو تحت تأثيرها (الأغا، 2009).
- جبل، 2002 : حالة نفسية قهرية تبدو في صورة أفكار وخواطر شاذة غير منطقية تستبد بالمريض وتلازمه كظله، ولا يستطيع الخلاص منها مهما بذل من جهد ومهما حاول امتناع نفسه بالعقل والمنطق رغم شعوره بشذوذ أو تفاهة هذه الأفكار(جبل، 2002).
- دويدار، 2005: بأنها هي نوع من الأمراض النفسية يتميز باضطرار المصاب به لأن يبدى آراء ورغبات، أو يقوم بأعمال وحركات رغماً عنه وبغير ارادته، وهو مع معرفته أنها لا تتفق والمنطق أو قواعد المجتمع العامة، فإنه لا يقدر على عدم ابدائها أو التحرر من القيام بها.

لذا يعد الوسواس القهري مرض عصابي سلوكي يمكن الاستدل عليه من خلال ملاحظة سلوك الفرد، وما يقوم به من افعال، أو من خلال ما يذكره في تقريره الذاتي أو من خلال تقويم أثار المرض على الفرد وعلى الاخرين عندما يسبب عجز للمصاب وتعطيل حياته الشخصية والاجتماعية (العنزي، 2007)



فالمريض في هذا الاضطراب يتميز بوجود تصور أو طقوس حركية أو دورية أو فكرة تراود المريض وتعاوده أو تلازمه من

دون أن يستطيع طردها أو التخلص منها بالرغم من شعوره وإدراكه لغرابتها وعدم واقعيتها أو جدواها. وتظهر الافكار الوسواسية على شكل فكرة عامة، غير ذات أهمية إطلاقا للمريض، مثل التفكير فيما إذا كانت البيضة، وجدت قبل الدجاجة، أم العكس، وقد تكون لها أهمية عاطفية، مثل التفكير في وفاه أحد الأقارب، وأحيانا تكون الفكرة مرتبطة بحادث يهم المريض ولكنها لا تتفق مع واقعه وحقائق الأشياء مثل تفكير طالب ما فيما إذا كانت نتيجة امتحان العام السابق نتيجة صحيحة أم لا، وذلك رغم انتقاله إلى السنة الدراسية التالية. إذن فلا غرابة إذن أن تظهر على المريض الوسواسي أعراض الإرهاق والتعب فضلا عن القلق والتوتر (البنا، 2005) و(زهران، 1988).

إن معظم الأشخاص المصابون بالوسواس القهري يدركون أن وساوسهم تأتي من عقولهم ووليدة أفكارهم وأنها ليست حالة قلق زائد بشأن مشاكل حقيقية فى الحياة، وأن الأعمال القهرية التي يقومون بها هي أعمال زائدة عن الحد وغير معقولة.وعندما لا يدرك الشخص المصاب بالوسواس القهري أن مفاهيمه وأعماله غير عقلانية، يُسمى هذا المرض بالوسواس القهري المصحوب بضعف البصيرة. كما وتميل أعراض الوسواس القهري إلى التراجع والضعف مع مرور الوقت. وبعضها لا يعدو كونه بعض الخواطر الخفيفة التى لا تعيق التفكير و العمل، بينما تسبب بعض الأعراض الأخرى ضغطًا شديدًا على المريض (أبو العزائم، 2004).

ملاحظة

يتمنى معظم المصابون بمرض الوسواس القهري بشدة أن يكونوا قادرين على التوقف عن الأفعال القهرية. ولكن المشكلة الأساسية في عدم التوقف هو القلق النفسى.حيث يعانى الشخص المصاب بمرض الوسواس القهرى من القلق الحاد من الأعراض التى يركز عليها والتى تعلق بذهنه.

فهم يريدون التأكد من أن العرض المرضى الذي يقلقهم (الشك فى الطهارة مثلا) قد تم عمله بصورة كاملة. ويعتبر مرض الوسواس القهري هو مرض الشك، فيحس الشخص المصاب بهذا المرض بأنه لا يمكنه أن يتأكد من أن الشيء الذي يقلقه قد تم إنجازه بشكل كامل. وعادة ما تعبر هذه الرغبة عن نفسها في شكل أعمال قهرية مثل غسيل اليدين... فلا يستطيع الشخص- مهما حاول بجدية- أن يشعر بأن يديه نظيفة حقيقة. فهناك دائمًا سؤال حول "ماذا لو؟" مثل "ماذا لو كنت قد تركت بقعة صغيرة جدًا؟" ولهذا يستمر هؤلاء الأشخاص في غسيل أيديهم. ومع القيام بالأعمال القهرية، يتزايد القلق إلى مستويات مرعبة إذا لم يستمر المريض في القيام بهذا العمل القهري (أبو العزائم ، 2004) .

الاعراض

تتضمن إعراض الاضطراب الغسيل المفرط، والتدقيق المتكرر، والإدخار المفرط للأشياء، والانشغال بالأفكار الدينية والجنسية، وكراهية أرقام معينة، وطقوس عصابية مثل (فتح وغلق الباب عدة مرات قبل وبعد دخول الغرفة) وهذه الأعراض تسبب الضيق، والتوتر، وتضيع وقت المصاب، وغالبا ما تسبب له الكثير من الضغوط الانفعالية (Hollander &_Dan , 1997). لذا تتقسم اعراض الوسواس القهري على :

الوسواس Obsessions

هي أفكار تستمر لدى المصاب على الرغم من مواجهتها أو إهمالها إذ ينشغل المصابون في أداء كثير من المهام أو القهر، وذلك من أجل التخلص والراحة من القلق المتعلق بهذه الافكار، وتختلف درجة الوسواس القهري، أو الأفكار التداخلية بصورة أولية ضمن داخل وبين الأفراد المصابين، فيمكن أن يكون الوسواس مبهما بصورة نسبية، ويمكن أن يتضمن شعوراً عاماً من التشويش



والفوضى، أو توترا يكون مصحوباً باعتقاد أن الحياة لا يمكن الاستمرار بها على نحو طبيعي. إن الوسواس الأكثر شدة يمكن أن يكون على صورة انشغال بفكرة ما أو بصورة احد الأقرباء المتوفين (Markarian et. al , 2010) أو أن يعد الشخص نفسه آله أو شيطان أو مصاب بمرضٍ معدي. وقد يشعر المصابون الاخرون بوجود نتوآت خفية تنبثق من أجسادهم أو الشعور بوجود أشياء حية تحت جلدهم (Mash & Wolfe , 2005) فضلا عن ذلك يختبر بعض الناس المصابين بالوسواس القهري افكاراً تداخلية وصوراً جنسية تتضمن التقبيل، والمداعبة، والجنس الفموي، والجنس الشرجي، ونكاح المحارم، واغتصاب الغرباء والأصدقاء والوالدين والأطفال وأفراد العائلة، والحيوانات، وزملاء العمل، وشخصيات دينية ويمكن أن يكون موضوع الجنس مغاير من الجنس الآخر أو شاذ من الجنس نفسه ومع أشخاص من أي عمر. وعلى الرغم من أن انشغال هؤلاء المصابين بهذه الأفكار فهم يعرفون أنها أفكار غير عقلانية و منحرفة وسيئة وغير طبيعية إلا أنهم يشعرون من الواجب تطبيقها كما لو أنها أفكار صحيحة (Osgood-Hynes , 2006).

في حالات اضطراب الوسواس القهري في الأطفال يمكن أن يلاحظ الوالدان بعض العلامات على الطفل تجعل من الحاجةِ إلى ملاحظة تصرفاته بشكل أدق أمرا لا بد منه، وما أذكره هنا هو بعض التصرفات التي قد تحدث من الطفل ولا ينتبه لها الأهل أو يفهمونها خطأ ويعاقبون الطفل لأنه لا يستطيع التوقف عنها ومن المهم بالطبع أن يمثل التصرف تغيرًا عن المعتاد بالنسبة لهذا الطفل ، ومن علامات أعراض الاضطراب الآتي :

1- ظهور ما يشبه الجير على اليدين من كثرة الغسيل بالصابون.
2- استهلاك كميات فوق المعتاد من الصابون أو ورق الحمام.

3- التأخرُ في الحمام لمدة أكثر من المعتاد .

4- البقاء لساعات طويلة أمام الكتاب دون قلب الصفحة وربما تدنى في الدرجات التحصيلية.

5- الإفراط في استخدام الممحاة وظهور ثقوب في الكراريس نتيجة لذلك.

6- الإطالة في الوضوء أو في أداء الصلاة.

7- تكرار السؤال لأفراد الأسرة(عادة للاطمئنان)، مع طلب الإجابة بكلماتٍ معينة ليطمئن.

8- قضاء وقت أطول من اللازم في التهيؤ للخروج.

9- الإصرار على أن يكونَ آخر من يخرج من البيت بعد أفراد الأسرة لكي يكونَ بإمكانه مصاحبتهم.

10- الخوف المتكرر والمستمر على حالته الصحية أو حالة أحد أفراد الأسرة(كما يتضحُ من تكرار السؤال مثلاً) (أبو هندي ، 2003).

السلوك القهري Compulsive behavior



يؤدي الناس المصابون بالوسواس القهري طقوس قهرية ؛ لأنهم يشعرون بصورة غامضة أنهم يجب أن يفعلوا ذلك فهذا الفعل القهري يهدأ من القلق الذي ينجم عن الأفكار الوسواسية. كما يشعر الشخص بان هذه الأفعال وبطريقة ما ستمنع من وقوع الحدث المخيف، أو الامتناع من التفكير بالحدث. وبأي حال من الأحوال فأن تفكير الفرد غريب أو مشوه وينتج عنه الكثير من الضغوط ، ومن السلوكيات القهرية الشائعة عند المرضى مثل قضم الأظافر، أوقطف الشعر،

أوحك الجلد بإفراط، وعلى الرغم من أن المصابين يدركون أن هذه السلوكيات غير عقلانية لكنهم لا يقدرون الاستغناء عنها فهي الطريق لخفض القلق والتوتر (Elkin , 1999) أما السلوكيات القهرية الشائعة الأخرى حساب بعض الأشياء كخطوات القدمين أو الأعمدة الكهربائية، أو طرق خاصة مثل غسل الأيدي مراراً وتكراراً، وغلق وفتح الأبواب، ووضع الأشياء بانتظام وبخط مستقيم، والتأكد من خلال تكرار غلق المصابيح الكهربائية، ولمس الأشياء بعدد معين قبل الخروج من الغرفة والمشي على نحو روتيني حسب لون البلاطة أو حدودها .(Boyd , 2007)

فضلا عن القلق والخوف الذي يرافق الاضطراب يقضي المصابون ساعات طويلة في أداء سلوكيات القهر، وفي هذه الحالة يكون من الصعب على المصاب أداء واجباته الاجتماعية والمهنية والمدرسية، فضلا عن أن مثل هذه السلوكيات قد تسبب أعراض جسدية طبية، على سبيل المثال إن غسل اليدين المتكرر بالصابون يؤدي إلى احمرار والتهاب الجلد (Freeston. & Ladouceur , 2003)

على العموم تتحدد اعراض الوسواس القهري بالآتي

1 – الأفكار المتسلطة ، ويكون معظمها تشككية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية (الشك في الخلق والتفكير في الموت والبعث والاعتقاد في الخيانة الزوجية) والانشغال بفكرة ثابتة تسلطية ، والتحريض على القيام بسلوك قهري .

2 – المعاودة الفكرية ، والتفكير الاجتراري كترديد كلمات الأغاني بطريقة شاذة .

3 – التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجبة ، والأفكار السوداء ، والتشاؤم ، وتوقع الشر ، وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث .

4 – الانطواء والاكتئاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومنع كثيرة ، وسوء التوافق الاجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري .

5 – الضمير الحي الزائد عن الحد ، والشعور المبالغ فيه بالذنب ، والجمود ، وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة ، والدقة الزائدة.

6 – الاستغراق في أحلام اليقظة .

7 – القلق إذا وقع في المحظور ، وخرج عن القيود والحدود ، والتحريمات التي فرضها على نفسه فكرا وسلوكا.

8 – السلوك القهري والطقوس الحركية كالمشي على الخطوط البيضاء في الشارع ، والمشي بطريقة معينة ، ولمس حدود الأسوار ، وعد الأشياء التي لا يعدها الناس كطوابق المنازل والشبابيك ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء ، والتوقيع على أي ورقة عددا معينا من المرات .... إلخ .

9 – النظام والنظافة والتدقيق والأناقة وحب القيام بطقوس ثابتة وطويله في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس الملابس وخلعها ، وفي ترتيب الأثاث ، فلكل شيء مكان ووضع وكل شيء في مكانة وموضعه ... وهكذا .

10 – التتابع القهري في السلوك ، والبطء في العمل ، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات .

11 – الشك المتطرف في الذات ، والتأكد المتكرر من الأعمال ، والتردد والمراجعة الكثيرة ، وتكرار السلوك (كتكرار قفل الأبواب ومحابس المياه والغاز ... الخ) .

12 – الخواف خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذارة والتلوث والعدوى ، ولذلك يتجنب مصافحة الناس ، أو تناول الطعام والشراب الذي يقدم له في المناسبات ... إلخ .

13 – السلوك القهري المضاد للمجتمع ، كهوس إشعال النار وهوس السرقة ، وهوس شرب الخمر ، والهوس الجنسي (زهران ، 1988) .

الأسباب

1. **الاسباب الوراثية** : تشير الدراسات الوراثية ، والتي منها الدراسات العائلية أن نسبة الانتقال الوراثي للوسواس القهري بين افراد الأسرة الواحدة بسبب الجينات الوراثية كالآتي :

الدراسة	عدد أفراد الأسرة	النسبة
Rasmussen & Tsuang (1986)	86	٪ 5
Pitman et al. (1987	75	٪ 8
Pauls et al. (1995)	466	٪ 10
Nestadt et al. (2000	326	٪ 11,7
GRADOS et al. (2001	323	٪ 15,5
Black et al. (2003	43	٪ 23

في حين تشير دراسات التوائم، أن التشابه الجيني بين التوائم المتماثلة والأخوية كما جاء في الدراسات التوأمية كالآتي :

- دراسة Inouye , 1965 : وجدت الدراسة أن التأثير الجيني لاضطراب الوسواس القهري على عينة من التوائم المتماثلة قد بلغ بنسبة قدرها 70 ٪ في حين بلغت نسبة التوافق الوراثي لدى التوائم الاخوية 26 ٪ .

- دراسة 1981 , Gottesman : وجدت الدراسة أن التأثير الجيني لاضطراب الوسواس القهري على عينة من التوائم المتماثلة بلغت نسبتها 80 ٪، في حين بلغت نسبة التوافق الوراثي لدى التوائم الأخوية 46 ٪.
- دراسة Rasmussen and Tsuang,1986 : وجدت الدراسة التي أجريت على 53 زوج من التوائم المتماثلة أن نسبة التوافق الوراثي قد بلغ نسبة 62 ٪.
- دراسة James et.al , 2004 : وجدت الدراسة التي أجريت على 4246 من التوائم المتماثلة والاخوية الذين تتراوح اعمارهم بين 7 – 10 – 12 سنة أن التأثير الوراثي الكلي بلغ 55 ٪ في حين بلغ العامل البيئي نسبة قدرها 45 ٪. ويبين الجدول الآتي معامل الارتباط الوراثي بين التوائم :

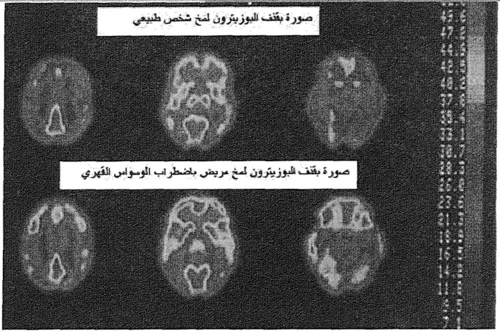
التوائم	7 سنوات	10 سنوات	12 سنة
التوائم المتماثلة	0 ,55	0,59	0,57
التوائم الأخوية	0,31	0,35	0,30

2. **الاسباب العصبية** : اشارت الدراسات العصبية المهتمة باسباب الوسواس القهري، إلى أن هذا الاضطراب يرجع الى سببين، هما :

أ. اضطراب نسبة النواقل العصبية في الفراغات الموصلة بين خلايا الدماغ وأهمها مادة السيروتونين Serotonin التي أثبتت البحوث أنها المادة الأهم في هذا المرض فانخفاضها في هذه الفراغات الموصلة تؤدي للكثير من الاضطرابات كالوسواس القهري والاكتئاب وأمراض القلق الأخرى. واستحوذت هذه المادة ونواتجها كمادة الـ 5-HIAA على جل اهتمام الباحثين نتيجة التغيرات الكبيرة التي تحدثها في سوائل الدماغ وخلاياه. وهناك مادة أخرى مهمه هي الادرينالين أو الابينيفرين والتي تشير البحوث إلى أن اضطراب نظامها له علاقة بنشوء أعراض الوسواس القهري (السلامة، 2011).

ب. اختلال مناطق الدماغ، تبين دراسات تصوير المخ الوظيفي بقذفِ البوزيترون "PsotironEmession Tomography ومن خلال استعمال النظائر المشعة Isotope Scanning وحديثًا باستخدام التنظير الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Spectroscopy وكذلك التصوير الوظيفي باستخدام الرنين المغناطيسي Functional Magnetic Resonance Imaging زيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية ومعدل نشاط النوى القاعدية خاصة النواة المذنَّبَة أو المذيلةCaudate Nucleus وكذلك منطقة الحزام Cingulum في مرضى اضطراب الوسواس القهري مقارنة بغيرهم من الناس، وأوضحت بعض الدراسات أن العلاج الدوائي وكذلك العلاج السلوكي للحالة يعيد نشاط هذه المناطق إلى حالته الطبيعية، كما أن نتائج هذه الدراسات التصويرية الوظيفية جاءت متماشية مع نتائج الدراسات التصويرية التركيبية.

ويوضح الشكل الآتي مقارنةً بين صورة المخ في الإنسان الطبيعي وفي المريض بالوسواس القهري، وتشيرُ كثافةُ اللون الأحمر إلى حد النشاط الأقصى للمخ، وأكثرُ المناطق الحمراء هي الفصوص الأمامية للمخ (أبو هندي، 2003)



3. الاسباب النفسية، وتتمثل بالآتي :

-الأم المثالية جداً والمبالغة في نظافة الطفل ونظام حياته كأنه بالمسطرة (بالمليمتر) وأن ابنها أحسن ابن وهو الأنظف والمنظم والمرتب.

-أساليب التشدد في التعامل مع إخراج الفضلات لدى الطفل في السنوات الأولى للعمر.

-الأحقاد والميول العدائية المكبوتة المغذية للشعور بالذنب والخطيئة.

-افتقاد الأمان النفسي وخاصة بسبب الطلاق العاطفي داخل الأسرة وغياب الحوار والصراحة بين أفراد الأسرة الواحدة.

-كثرة النقد للطفل ولسلوكه، والأكثر من ذلك أن بعض الأمهات عندما يخطيء الطفل في سلوك ما فإنها لا تلوم الطفل على هذا السلوك في حد ذاته بل تسقط وتلصق بالطفل كل الأخطاء والعيوب والقصورات.

-العلاقات المحدودة للأباء وعدم إتاحة الفرصة للأبناء والحرمان من التعبير والمبالغة في الحرص الشديد.

-تأنيب الضمير والصراع النفسي المصاحب لممارسة العادة السرية.

-الأسرة المسيطرة على زمام الأمور في كل كبيرة وصغيرة في حياة الأطفال دون تقدير للطفل وحياته ومفهومه عن ذاته ودون أدنى اعتبار لطفولته البريئة ذات العالم الخاص المليء بالخصوصية (الحويج، 2012)

العمر والانتشار

يمكن أن يبدأ مرض الوسواس القهري في أي سن بداية من مرحلة ما قبل المدرسة وحتى سن النضج (عادة ما يبدأ في سن الأربعين). وقد ذكر حوالي نصف المصابون بمرض الوسواس القهري أن حالتهم قد بدأت خلال الطفولة. وللأسف لا يتم تشخيص حالة الوسواس القهري في وقت مبكر.وفي المتوسط يذهب مرضى الوسواس القهري إلى ثلاثة أو أربعة أطباء ويقضون أكثر من تسعة أعوام وهم يسعون للعلاج قبل أن يتم تشخيص حالتهم بشكل صحيح. وقد وجدت الدراسات كذلك أنه في المتوسط يمر 17 عامًا منذ بداية المرض قبل أن يتلقى الأشخاص المصابون بالوسواس القهري العلاج الصحيح، وعادة لا يتم تشخيص مرض الوسواس القهري ولا ينال العلاج المناسب للعديد من الأسباب ...فقد يتكتم الأشخاص المصابون بمرض الوسواس القهري مرضهم أو قد تكون بصيرتهم معدومة بالنسبة لمرضهم، وكذلك لا يعرف العديد من الأطباء الكثير عن أعراض الوسواس القهري أو قد يكونوا غير مدربين على توفير العلاج المناسب. أو أن موارد العلاج غير متاحة لبعض الناس وهذا أمر سيئ بما أن التشخيص المبكر والعلاج الصحيح بما يشمل إيجاد الأدوية الصحيحة يمكن أن يساعد الناس على تجنب المعاناة المرتبطة بمرض الوسواس القهري و تقليل مخاطر حدوث مشكلات أخرى مثل الاكتئاب أو المشكلات التي تحدث في الحياة العملية والزوجية. على العموم يعاني حوالي 80٪ من المصابين من انواع مختلفة من الوساوس والأعمال القهرية، ويعاني 20٪ إما من وساوس أو أعمال قهرية (ابو العزائم، 2004).

التشخيص

1 - قد تلاحظ بعض أشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص العادي، ولكن الفيصل هو اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته أو منع الفرد تأدية عمله اليومي والتأثير على كفاءته وسوء توافقه الاجتماعي.

2 - يلاحظ إذا طغى الفكر الوسواسي بدرجة كبيرة كانت الحالة شديدة، أما إذا طغى السلوك القهري، كانت الحالة أخف.

3 - يجب التفريق بين عصاب الوسواس والقهر بوصفه اضطراب في حد ذاته أو بوصفه عرض من أعراض مرض آخر، مثل ذهان الهوس والاكتئاب أو الفصام.

4 - ويجب التفريق بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء. والفارق الرئيسي هو أنه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف فكرة المتسلط وسلوكه القهري، أما في الهذاء فإن الأفكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماما.

5- ويتشابه الحواز في أصله وطابعه مع الوسواس، وكثيرا ما يتواجدان سويا في المريض الواحد. ولا يكاد يختلف الحواز عن الوسواس إلا في أن الحواز يتميز أكثر بأنه حركي، بينما الوسواس يتميز أكثر بأنه فكري. فالحواز يقوم بأفعال حركية متكررة، بينما الوسواسي تراوده وتعاوده أفكار غريبة. والمريض في الحالتين يعي تماما أنه مريض. ويجاهد في أن يوقف الأفعال الحركية الحوازية لإدراكه لسخفها. وفي أن يدرأ الأفكار الوسواسية لإدراكه لعدم منطقيتها وزيفها. وإن كان يفشل في الحالتين لأن الدوافع إليهما دوافع لا شعورية لا يدركها ولا يملك التحكم فيها ولا يستطيع مواجهتها بشكل ناجح إلا إذا أدرك حقيقتها وأهدافها بعد أن يخضع للعلاج النفسي (البنا، 2001)

سؤال وجواب في الوسواس القهري

هل مرض الوسواس القهري هو مرض نفسي أم عضوي، أم كلاهما؟

يعتبر مرض الوسواس القهري ذو مكونات نفسية وعضوية في الوقت نفسه. فقد لوحظت سلوكيات مشابهة لمرض الوسواس القهري في الحيوانات مثل الكلاب والجياد والطيور. وقد تم التعرف على تركيبات غير طبيعية في الدماغ تتدخل وتسبب التعبير عن أعراض الوسواس القهري. وتتحسن هذه التركيبات غير الطبيعية بالدماغ مع المعالجة الناجحة عن طريق الأدوية والعلاج السلوكي.

هل مرض الوسواس القهري مرض مكتسب أم أن الناس يولدون به؟

بعض الأشخاص يكون لديهم الاستعداد الوراثى لمرض الوسواس القهري. ولكن مثل هذا الاستعداد لا يعبر عن نفسه دائما ...أي لا يؤدي إلى ظهور المرض. وفي بعض الأحيان يتم ظهور أعراض الوسواس القهري بسبب حادثة أو وجود توتر نفسى شديد ، ولكن لابد أن يكون للمرء ميل مسبق لمرض الوسواس القهري كي يصاب بهذا المرض.

هل هناك أعراض مرضية أخرى ترتبط بمرض الوسواس القهري؟

هناك العديد من الأعراض المرضية الأخرى التى تبدو مماثلة لمرض الوسواس القهري مثل هوس نتف الشعر بشكل مستمر، ولكن ليس من الواضح إذا ما كانت هذه الأعراض المرضية ترتبط بشكل حقيقي بمرض الوسواس القهري. وهناك أعراض أخرى مثل الاكتئاب الشديد والخوف من الناس وأعراض الرهاب الشائعة بين الناس المصابين بمرض الوسواس القهري.

هل مرض الوسواس القهري قابل للشفاء الكامل؟

كلا... ولكن من الممكن السيطرة عليه بنسبة قد تصل إلى 95٪ في معظم الأحيان.

لماذا يخفي العديد من المصابين بمرض الوسواس القهري مرضهم؟

عادة يحس المرضى بالخجل من القيام بالأعمال القهرية والتفكير في الأشياء الغريبة بالإضافة إلى الخوف من اعتبارهم غريبي الأطوار ...أو مجانين.

ما هو مسار مرض الوسواس القهري بدون استخدام علاج؟

تضعف أعراض مرض الوسواس القهري وتقل قوته مع الوقت، ولكن عندما يترك بدون علاج يستمر إلى ما لانهاية. وبدون العلاج، يحدث لحوالى 1.٪ إلى 2.٪ من المرضى نقص تلقائي في حدة المرض.

- **هل تتغير الوساوس مع مرور الوقت؟**

قد تتغير مواضيع الوساوس مع مرور الوقت.وفي بعض الأحيان، يضيف العقل وساوس جيدة وفي بعض الأحيان الأخرى يتم استبدال الوساوس القديمة بوساوس جديدة تمامًا.

- **هل مرض الوسواس القهري مرض معدي؟**

كلا... مرض الوسواس القهرى مرض غير معدي (الشربينى ، 2005).

العلاج

يعد الوسواس القهري مرض قابل للعلاج، وينبغي أن نعرف أهمية طلب مساعدة المختص النفسي بأسرع ما يمكن لنحقق أفضل النتائج من خلال اللجوء

إلى العقاقير النفسية والعلاج النفسي والأسري مجتمعين فلا يكفي استعمال نوع واحد من العلاج.

أولا: العلاجات الدوائية

أثبتت العلاجات بما لا يدع مجالا للشك فاعليتها في علاج الوسواس القهري ويجب على المريض الصبر والتعاون مع الطبيب والمختص النفسي في ذلك، إذ أن فترة العلاج قد تستمر لمدة 12 إلى 18 شهرا ولكن هذا لا يعني أن المريض يظل يعاني كل هذه الفترة بل تبدأ فاعلية الدواء في الأسبوعين الأولين من الاستعمال المنتظم للدواء، ومن أهم العلاجات الدوائية، هي :

أ. مجموعة SSRI وهي الأهم والأقل في الأعراض الجانبية ولكنها الأغلى. مثل أدوية : بروزاك – فافرين – لوسترال – سيروكسات.....إلخ.

ب. مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل الأنافرانيلClomipramine .

ت. دواء إيفيكسور.

ث. مثبطات انزيمMAO .

ج. أحيانا يتطلب الأمر من الطبيب إضافة أدوية أخرى لزيادة مفعول الأدوية الآنفة الذكر في بعض الحالات التي تتأخر استجابتها أو تكون الاستجابة غير كافية مثل مادة الليثيوم، التقريتول، الديباكين ,

ح. وفي صور نادرة للاضطراب يضطر الطبيب لتنويم المريض في بعض الحالات المستعصية جدا وقد يلجأ لاستخدام الجلسات الكهربائية.

خ. (الجراحة : وهذا النوع لا يلجأ له في هذه الأيام لوجود الكثير من آثاره السلبية وتطور العلاجات الأخرى فمن النادر جدا جدا أن يلجأ له الطبيب (سلامة، 2011).

ثانيا: العلاج النفسي، ويتمثل بالآتي :

أ. العلاج السلوكي :للعلاج السلوكي أهمية كبيرة، ويجب أن يترافق مع العلاجات الدوائية لتحقيق أفضل النتائج. من أمثلته أسلوب التعريض ومنع الاستجابة بمعني يوضع المريض في موقف يثير وساوسه وتشجيعه على عدم الاستجابة لرغبته الوسواسية. وهناك أيضا أسلوب التعريض التدريجي وذلك بتقديم ما يثير الوساوس لدى المريض بشكل تدريجي. هناك أيضا أسلوب اطفاء الأفكار الوسواسية وهناك أخيرا أسلوب العلاج بالتكريه والتنفير.

ب العلاج النفسي المساند: إن المساندة المستمرة للمريض والوقوف بجانبه ومناقشة أعراضه وهمومه ومخاوفه من أهم ركائز العلاج النفسي. وكذلك مساعدته على التأقلم مع الظروف المحيطة به والتي تثير الوساوس لديه. والتشجيع الدائم على المثابرة وعدم الاستسلام والانتظام على الدواء الموصوف له جزء مهم من العلاج النفسي .

ج العلاج الاجتماعي : وهنا لا ننسى بالطبع دور الأسرة ومساندتها وتفهمها لحالة المريض ولذلك يجب على المختص أن يشرح للأسرة والأشخاص القريبين من المريض طبيعة المرض ومراحل العلاج (سلامة، 2011).

اضطراب اختلال الآنية – تبدد الشخصية Depersonalization disorder (DPD)

الحالة المرضية الأولى

انا فتاة عندى 16 عام ومن حوالى شهر بدأت اشعر أننى حية وميته ، ولا اعرف من انا ، وتستحوذ على افكاري اشياء غريبة ، واشعر انى اعترض على حكم الله فى كل شئ ، وكذلك أشعر بأنى في حلم طول الوقت ولا احس بوجودى ، وعندما اتذكر اشياء قمت بعملها فى الماضى لا

اشعر انى انا التى قمت بهذه الاعمال واستغرب من نفسى كيف كنت حية من غير ما افكر فى هذه الاشياء ودائما اتمنى الموت وارى ان المستقبل سيء، لذا ارجوكم ساعدونى انا مش بفكر فى حاجة غير الموضوع ده ومش عارفة اذاكر ولا اعمل اى حاجة (**عبد الفتاح وابو العزائم ، 2010**).

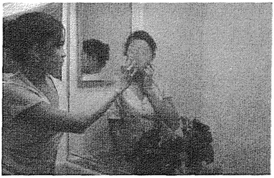
الحالة المرضية الثانية

السلام عليكم

عانيت حالة من القلق النفسى وبدأت تختفى وتعود وهى عبارة عن شعور بانى لست أنا ، وكل لحظة اشعر ان عقلي يقول لى أنت لست الشخص الذي هو عليه ، وانا لا اعرف الآن من انا ، لذلك أشك في كل شيء ، ومشاعري متذبذبة بين اليقين والشك التام ، وان المشكلات في حياتى لا تنتهى ، وكذلك اشعر بالقلق والخوف لو نظرت الى نفسى في المرآة ، إذ بدأت افقد عقلي ، وحاليا اشعر بان شبابي ضائع ، واني شخص قبيح، ولست مرحا كما في السابق ، وان حياتي ليس لها حل ، والضغوط عليّ كثيرة ، ولا ادري ما العمل ، وخاصة ان والداي متوفيان ، ويعاملنى اخي معاملة قاسية وانانية ، واضطرت خطيبتي الى الانفصال عني ، واصدقائي يكرهوني لانى ناجح دائما في دراستي ، لذا لا اعرف كيف اتصرف ؟ ، فلو كان الانتحار حلالا لانتحرت وخلصت نفسى (عبد الفتاح وابو العزائم ، 2010).

□

الوصف والتعريف



يعني اختلال الإنية مصطلح في الطب النفسي" :حدوث تغير مزعج أو على الأقل غير سار في إدراك الشخص الواعي لكيانه النفسي "ويعبر عنه البعض بتبدد الشخصية، ويزيده سوءًا أن يحاول ذلك الشخص استبطان مشاعره فيشعر بأنه معزول بشكل أو بآخر عن مصاحبة ذاته فكأن مشاعره فارغة أو بعيدة أو غير موجودة أو مختلفة عن مشاعره المعتادة.....أو كأنه مجرد مراقب لذاته من بعيد ...وهو لا يعزو ذلك لغير أنه مرض أصابه ويطلب العلاج منه وإن كان في أغلب الأحيان يعجز عن إيجاد الكلمات التي تعبر عن مشاعره المرضية ...واختلال الإنية هذا كثيرا ما يصاحبه تغير مزعج أو على الأقل غير سار في إدراك الشخص الواعي للواقع الخارجي الذي يعيشه، فيشعر أن خبرته للواقع تغيرت فالصبح مثلا ليس صبحا كالذي كان يعرفه ولا صوت الأذان كما كان ...إلخ. (أبو هندي، 2008).

لذا يعرف اختلال الانية بأنه :

- اضطراب انفصالي يعاني بسببه المصاب بمشاعر مستمرة ومتكررة بضياع شخصيته والغربة عن الواقع، وتتضمن المعايير التشخيصية للاضطراب بخبرات دائمة، ومستمرة من الشعور بتفكك عمليات الفرد العقلية أو الجسمية (DSM-IV , 1994).

وبذلك يجد المضطرب باختلال الإنية صعوبة كبيرة في التعبير عن ما يشعر به، إلا أن ما عليه تجمع شكاوى المضطربين عليه هو غرابة الإحساس وقدرتها على إرباك المضطرب فيصف بعضهم خبرة اختلال الإنية بقوله" :أشعر كأنني أصبحت كالإنسان الآلي "أو" أصبحت مختلفا عن أي إنسان "أو" أصبحت



مفصولا عن نفسي"أو" أصبحت كأني أراقب نفسي "وبعضهم يقول" :أشعر أني نصف نائم أو دائما بين النوم واليقظة"، أو"أشعر كأن رأسي أصبح وعاءً مملوءًا بالقطن "وعادة ما يصاحب تلك الشكاوى أيضا..." لا أستطيع أن أركز "في ما يحدث حولي، وهناك أيضا من يشتكي من مجرد شعور بالتغير والغرابة أو الغربة عن نفسه" كأنني لم أعد من كان"أو" أشعر بأنني تغيرت ولا أعرف أقول كيف؟ "أو" أشعر كأن شيئا ما يحول بيني وبين نفسي "أو أنا لا أعرف نفسي" أقف أمام المرآة فلا أرى نفسي ......أرى إنسان آخر..... "أو" أسمع صوتي وأنا أتكلم فأحس أنه شخص آخر يتكلم !وليس أنا ...."كذلك يمكن أن نجد شكاوى من نقص الوعي بالجسد كلا أو جزءا فتقل أو تنعدم المشاعر الجسدية فنسمع من يقول" :كأنني أصبحت شبحا لا أحس بجسدي "أو" كأن يداي لم تعودا جزءا مني "وهناك من يصر على تغير إحساسه بالجوع أو العطش بل وحتى الألم أحيانا، إلخ التعبيرات التي تصف عرض اختلال الإنية أو تبدل الوعي بالجسد (Medford et.al ,2005) لذلك فإن تعبيراتهم في وصف عرض تبدل الواقع تدور بشكل أو بآخر حول التغير الغريب والمُهَدِّد في إدراك الواقع فمثلا" يبدو كل شيء حولي زائفا أو غير حقيقي "أو" كأن كل ما حولي صناعي كأنه عالم من الكرتون لا حياة فيه "وأحيانا نجد من يقول" :تبدو الأشياء في عيني وقد فقدت بعدها الثالث ليس لها عمق كأنها كلها صور! " أو" يبدو كل شيء حولي وكأنه تمثيل وأنا أتفرج "وحتى في الحالات التي يبدو الواقع فيها حقيقيا فإننا نجد من يقول" :تبدو الأشياء أقل حيوية مما كانت ....."إلخ من التعبيرات التي تصف عرض تبدل الواقع.ومن أكثر الشكاوى المصاحبة ما يتعلق بعرض الفصل عن الوجدان حيث يشعر الشخص إما بتغير أو عدم وجود مشاعره أو استجاباته الانفعالية المعتادة" مشاعري ماتت لا شيء أتفاعل معه لا شيء يؤثر في "أو" أنا أشعر بالعجز

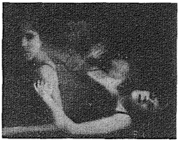
عن استشعار شعوري تجاه كل شيء، فمشاعري لم تعد كما كانت ولا أدري كيف "أو من يقول" :مشاعري لم تعد بطبيعتها وتلقائيتها المعتادة وكثيرا ما أظهر ما لا أحسه حقيقة "أو من تقول لمختصها النفسي بعد سنوات من المحاولات العلاجية غير الناجحة" :لا أشعر بأي شيء: لا اكتئاب، لا قلق، لا وجع، لا سعادة إطلاقا لا أشعر ...."!إلخ من التعبيرات التي تصف عرض الفصل عن الوجدان (أبو هندي، 2008)

الأعراض

تتضمن أعراض الاضطراب بشعور المصاب بالأتمته - كأنه إنسان إلي – ويمر من خلالها بحركات حول الحياة ولكن لا يختبرها، ويشعر وكأنه في حلم أو أحد الأفلام، وفقدان الشعور بهويته الذاتية، والشعور بانفصال جسمه، وخبرة خروج روحه من جسده (Simeon & Abugel , 2006).

في حين تصنف كل من منظمة الصحة العالمية، والجمعية الأمريكية للطب النفسي اختلال الآنية بالآتي :

أولا: في تصنيف منظمة الصحة العالمية العاشر ICD



من الممكن تشخيص الاضطراب استنادا فقط إلى شكوى تغير الوعي بالواقع المحيط دون اشتراط تأثر محتويات الكيان النفسي الشخصاني فترد محكات التشخيص كما يأتي:

وجود كل من (أ) و(ب) أو أحدهما إضافة إلى (ج) و(د):

(أ) أعراض اختلال الآنية (تبدد الشخصية) أي أن الشخص يشعر أن مشاعره الخاصة أو خبراته مفصولة أو بعيدة أو ليست ملكه أو مفقودة، أو ضائعة...الخ.

(ب) أعـراض تبـدل الواقـع : أي إن الأشـياء أو النـاس أو المحـيط تبـدو غـير حقيقية أو بعيدة أو اصطناعية أو فاقدة للون أو أنها فاقدة للحياة... الخ.

(ج) القبـول بـأن هـذا الـتغير تغـير شخصـي تلقـائي ولـيس مفروضـا مـن قـوى خارجية أو من أشخاص آخرين (أي سلامة الاستبصار Intact Insight).

(د) حدوث ذلك في حالـة مـن صـفاء الـوعي إذ يكـون الإحسـاس كـاملا ولا توجد حالة تخليط تسممية أو صرع. (who، 1992

ثانيا: أما التصنيف الأمريكي الرابع (DSM-IV)

فترد محكات تشخيص اختلال الإنية فيه كالآتي:

(أ) شعور الشخص بالانفصال عن عملياته العقلية أو عن جسده.

(ب) سلامة استبصار الشخص بالواقع reality testing.

(ج) أن ينتج عن ذلك ضيق أو خلل وظيفي إكلينيكي.

(د) ألا تمثل تلك الأعراض جزءا من أعراض اضطراب نفسي آخر أو نتيجة لاستخدام أحد العقاقير ذات التأثير النفسي. (DSM-IV, 1994)

وعلى الرغم من ذلك غالبا ما تكـون بداية الإصابة بالاضطراب شديدة، ومفاجأة من دون سابق إنذار. أن في البداية الحادة للاضطراب يتذكر المصابون وقت الإصابة بالاضطراب وبداية التجربة الأولى به، وتتبع هذه مدّة طويلة من الإجهاد والتوتر الشديد في حين يصاحب الفترة المفاجأة أعراض متدرجة من الاضطراب إلى أن يصبح أكثر شدة. أن بعض المصابين الذين يذكرون بداية الإصابة باضطراب اختلال الآنية يقرّرون بأنها مدّة طويلة جدا في حين يتذكر البعض الآخر الفترة اللاحقة فقط من الإصابة (Medford et.al , 2003).

الأسباب

وجد علماء النفس الشواذ أن هنالك العديد من الاسباب التي قد تسبب اختلال الآنية لدى الاشخاص، وهذه الأسباب هي :

1. الاسباب الوراثية : تشير هذه الاسباب عن وجود جينات معينة قد تسبب في ظهور المرض، فقد وجدت دراسة Simeon et.al , 1995 ان الجينات المسؤولة عن انخفاض مستقبل السيروتونين 5- HT2A و5-HT2C تشكل احد اسباب انتقال الإصابة بهذا الاضطراب. في حين وجدت دراسة Vollenweider et.al , 1999 ان الجينات المسؤولة عن مستقبل أوكنست بلوسبين 5-HT1A/2 لها دور في وراثة اضطراب اختلال الآنية لدى المصابين به.

فضلا عن ذلك تشير دراسات التوائم الوراثية أن للتشابه الجيني أثر في الاصابة باضطراب اختلال الآنية فقد وجدت دراسة Waller & Ross , 1997 التي أجريت على مجموعة من التوائم أن نسبة التوافق الوراثي قد بلغ نسبة قدرها 45 ٪ في حين بلغت النسبة المشتركة بين الوراثة والبيئة نسبة قدرها 55 ٪. في حين وجدت دراسة Jang , et.al , 1999 التي أجريت على مجموعة من التوائم أن نسبة التوافق الوراثي قد بلغ 48 ٪.

2. الاسباب العصبية : تشير الدراسات إن اضطراب اختلال الانية قد يترافق مع الشروط العصبية للصرع وخاصة الصرع الناجم بسبب خلل في الفص الصدغي. وكذلك يظهر اضطراب اختلال الانية مع داء الشقيقة migraine والاصابة في منتصف الرأس (Lambert , 2002) وتشير الدراسات ان الخلل في المناطق الانفعالية للدماغ دور كبير في حدوث الاضطراب وخاصة في المناطق قبل الامامية في الدماغ، والجهاز اللمبي limbic areas وخاصة في منطقة الامجدالا amygdale (Phillips,2001) وأما محاولات البحث عن دور الهرمونات في أعراض اختلال الإنية و/أو

تبدل الواقع فقد بينت أن زيادة شدة الأعراض يقابلها نقص في مستوى النورأدرينالين في البول، بينما أعطت محاولات دراسة تغيرات مستوى هرمون الكورتيزون نتائج متضاربة (أبو هندي، 2008).

3. الاسباب البيئية : تمارس الضغوط البيئية دورا هاما في ظهور هذا الاضطراب، ومن الضغوط البيئية التي قد تسبب ذلك هي : الاحداث المؤلمة التي تسبب ضغطا عاليا (فقدان شخص عزيز أو مال أو أي خسارة مادية أو عاطفية) والتعرض للعنف الشديد (مثل السرقة والاغتصاب) فضلا عن الحروب، والتعرض للكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والعواصف وغيرها (Mental Health America , 2012)

4. تشير الدراسات النفسية ومنها دراسة (Korkina, ،Jaspers, 1932) 1971إن اختلال الإنية أو تبدل الواقع إنما هو خلل في وظيفة الإدراك perception وهذا هو أكثر الآراء شيوعا، و كذلك أرجع البعض الخلل الأساسي إلى اضطراب في وظيفة العواطف emotions وأجريت دراسات تثبت أنها هي العامل الأهم ونقطة البدء لخبرة اختلال الإنية، فضلا عن ما سبق وجدت الدراسات أن هناك ارتباط قوي جدا بالحالة الوجدانية وسمات الشخصية بغض النظر عن معطيات الحالة الإكلينيكية، في حين يرى آخرون ومنهم (Janet, 1980) أن الخلل الأساسي في اضطراب الآنية هو خلل في وظيفة الذاكرة بسبب النشاطا المفرطا للذاكرة التي تعمل على تغير الذات كل لحظة (أبو هندي، 2008).

العمر والانتشار

ويحدث هذا الاضطراب بصورة نموذجية بين سنوات المراهقة وفي بداية سن الرشد في العشرينيات من العمر (Simeon et.al , 2003) وتشير الدراسات أن العمر المثالي والمتوسط في حدوث الاصابة 8، 22 سنة إلا أن نسبة 30 ٪ من الاضطراب

يحدث تحت عمر 16 سنة (Baker et.al , 2003) و تدوم حالات اختلال الآنية لدى المصاب في حال ظهورها عدد من الساعات وتمتد إلى عدة شهور، ويمكن أن يبدأ بشكل استطرادي أي على عدد من الأعراض البسيطة إلى أن تصبح أشد قوة وثبات، وتقدر آخر دراسة أجريت حول نسبة انتشار اضطراب اختلال الآنية أن نسبة انتشار الاضطراب يتراوح ما بين 0,8 – 2 ٪ ، وتتساوى نسبة الإصابة تقريبا بين الذكور والإناث في الإصابة (Baker et.al , 2003)

التشخيص

يتم تشخيص الاضطراب بالاعتماد على الخبرات الذاتية التي يذكرها المصاب إلى المختص النفسي، وكذلك يتضمن التشخيص تاريخ النفسي والعائلي لحياة المريض وحالته العقلية، ومجموعة من المعايير التي يمكن من خلالها التعرف عليه، ولكن لا يوجد لحد الآن اختبار محدد لتعرف اضطراب اختلال الآنية (Simeon , 2004).

على العموم يشترك في تشخيص الاضطراب مجموعة من الاطباء ومنهم عالم نفس الشواذ عن طريق القيام بفحص كلي لتاريخ المريض الطبي وبعض الاختبارات الجسمية. ويمكن ان يستعمل اختبارات تشخيصية أخرى مثل فحص الدم والاشعة السينية من اجل التأكد بأن حالة المريض لاضطراب الآنية ليست ناجمة عن استعمال بعض العقاقير النفسية او مرض طبيعي. بعد ذلك تطبق بعض الاختبارات والتقنيات النفسية لتشخيص اختلال الآنية لدى المريض (American Psychological Association ,2012)

وينبغي على الاطباء وعلماء النفس ذوي الاختصاص بالاضطرابات النفسية تمييز هذا الاضطراب عن الحالات الأخرى التي تحدث فيها إحساس" بالتبدل في الشخصية "مثل الفصام، ووهامات(ضلالات) وبعض الحالات الخرف المبكر ونوبة صرع الفص الصدغي وبعض الحالات التالية للنوبة الصرعية والتي قد تتضمن متلازمات اختلال الإنية ـ فضلا عن ذلك يجب تمييز تبدل إدراك الواقع

بوصفه جزء من اضطراب اكتئابي أو اضطراب رهابي أو اضطراب وسواسي قهري أو اضطراب فصامي قابل للتشخيص(منظمة الصحة العالمية، 1999).

العلاج

ليس هناك علاج محدد لتخفيف من هذا الاضطراب، وذلك يرجع الى نوع المصاب والخبرات والاسباب التي اظهرته. وبذلك ليست هناك تقنية علاجية واحدة وناجحة في معالجة جميع الحالات، فبعض الحالات يستعمل معها العلاج السلوكي المعرفي cognitive behavioral therapy والعلاج الموجه للبصيرة Insight-oriented psychodynamic psychotherapy وقد يستعمل التحليل النفسي فضلا عن ذلك وجد للتنويم المغناطيسيhypnosis أثر فاعل على بعض المصابين (Hunter et.al , 2005) و (Sierra et.al , 2001) وفي بعض المعالجات تقوم على تخفيف حدة النواقل العصبية وخاصة السيروتونين من خلال العقاقير الدوائية، كما أثبت العلاج الدوائي المسكن Benzodiazepines الذي يتمثل بـ alprazolam (Xanax) lorazepam (Ativan), clorazepate (Tranxene) و clonazepam دور في تخفيف اعراض الاضطراب، رغم ذلك فأن هذه العقارات لا تعالج الاضطراب بل تخفف من شدة اعراض القلق والاكتئاب والاعراض الوسواسية التي تصاحب الاضطراب (Sierra et.al , 2001). ويرى Simeon et.al 1998 , أن لطرق الاسترخاء معالجة مفيدة للاشخاص المصابين باضطراب الانية، وخاصة الذين يعانون منها بدرجة شديدة (Simeon et.al , 1998).

اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية

(PTSD) Posttraumatic stress disorder or Posttraumatic

التعريف والوصف



يعد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية من بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً التي تبتلى بها الشعوب المنكوبة بالحروب وبأنظمة سادية. ويعود الفضل في اكتشاف هذا الاضطراب إلى الحرب الفيتنامية في سبعينات القرن الماضي، فقد كشفت الدراسات النفسية عن وجود نصف مليون محارب أمريكي يعانون من هذا الاضطراب بعد مرور (15) سنة على انتهاء تلك الحرب (الهمص، 2009، ص2). في حين تم الاعتراف لأول مرة بهذا الاضطراب، وذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الإحصائي عام 1980 (صالح، 2005). لذا يظهر هذا الاضطراب في حالة تعرض الإنسان لخطر مفاجيء أو رؤية مشهد مفزع أو سماع خبر مفجع يتسبّب في حدوث صدمة نفسية للمتلقي، والصدمة تستخدم عادة للتعبير عن التأثر النفسي الشديد. وتعرف الصدمة في التعبير النفسي (Trauma) بأنها حالة من الضغط النفسي تتجاوز قدرة الفرد على التحمل والعودة إلى حالة التوازن الدائم بعدها، وهذا الحادث الصادم يهاجم الفرد ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياته بشدة، وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه بسرعة وفاعلية حيث تؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب(النابلسي، 1991) في حين عرفه (عبد الخالق، 1998) الصدمة النفسية بأنها احداث خطيرة ومربكة ومفاجئة، وتتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، وتسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب . والأحداث الصدمية كذلك ذات

شدة مرتفعة، وغير متوقعة، وغير متكررة، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة .ويمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة من جرائم العنف، وقد تؤثر في المجتمع كله كما هو الحال في الزلزال أو الإعصار والفضيانات.

أما اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) فعرف كالآتي :

- النابلسي، 1991: رد فعل شديد على الحادث الصادم ويتميز رد الفعل هذا بثلاثة أصناف كبرى من الأعراض:

1- إحياء التجربة: أي الشعور بأن الصدمة يتكرر حدوثها المرة تلو الأخرى، وتكون مصحوبة بكوابيس متكررة وذكريات مزعجة تتعلق بالصدمة.

2- التحاشي: حافز قوي لتجنب كل ما يتعلق بالتجربة الصادمة.

3- إثارة مفرطة: إحساس مستمر بالتأهب والعصبية وصعوبة التركيز، ويسبّب هذا الوضع عادة اضطرابات أثناء النوم وصعوبة في الخلود إلى النوم.

- Brunet et.al , 2007 : اضطراب قلقي شديد يمكن أن يتطور بعد التعرض إلى أي حدث قد يؤدي صدمة نفسية ،هذا الحدث يتضمن التهديد بالموت للشخص نفسه أو إلى شخص آخر، أو إلى سلامة الشخص النفسية، والجسمية، والجنسية أو إلى شخص آخر مما تضعف قدرة وصلابة الفرد على تحمل الضغوط التي تمر به.



- الجمعية الامريكية للطب النفسي، APA 2000 : اضطراب ضغطي يلي الصدمة ويحدث بعد تجارب مرعبة، فيصيب الكثير من الأشخاص

الذين تعرضوا لحوادث صدمية كالاغتصاب أو العنف الأسري، أو الحروب، أو الكوارث الطبيعية، مثل الفيضانات، والهزات الأرضية، وغيرها.

- Becky,2002 : اضطراب مرهق يلي حادثاً مرعباً، يعاني المصابون به من أفكار مرعبة مستعصية، وذكريات مؤلمة عن الحادث وشعور بالبرود الانفعالي. وأن الحادث الصدمي الذي يسبب اضطراب ما بعد الصدمة النفسية (PTSD) ينطوي دوماً على تهديد الحياة، والإنذار بقرب الموت.
- منظمة الصحة العالمية : استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جداً، تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريباً، من قبيل كارثة من صنع إنسان، أو معركة أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو أخرى في حادثة عنف، أو أن يكون أفراد ضحية تعذيب أو إرهاب، أو اغتصاب، أو جريمة أخرى" (صالح، 2002).

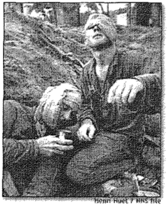
ملاحظة

رغم أن أعراض ما بعد الصدمة قد تتلو معظم الأحداث الصادمة في ضوء قابلية الأفراد، إلا أن الحروب تعد أقصى وأقسى أشكال العدوان على الإنسان. وتقف شاهدة على ذلك آثار وأهوال الحربين العالميتين الأولى والثانية التي ما زالت آثارهما ماثلة حتى الآن، وما تلاهما من حروب في معظم قارات العالم والتي بلغت مائة وخمسين حرباً نتج عنها موت اثنين وعشرين مليون شخص، مما أدى لاستحداث ما يسمى بعلم الصدمة(Traumatology) الذي يعرف بأنه الدراسة العلمية والتطبيقية للآثار النفسية والاجتماعية المباشرة وطويلة الأمد للأحداث الضاغطة، والعوامل التي تؤثر في هذه الآثار أو

العواقب (عبد الخالق 1998م). فقد كان للحروب إذن الأثر الأكبر في نشأة وتطور مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة. ويستنتج من ذلك أن انتشار اضطراب ما بعد الصدمة يترافق ويرتبط ارتباطا عاليا بالأفعال البشرية القاسية وغير المنطقية وغير الإنسانية، وبحدوث الكوارث والحروب ولما يرافقهما من تهديد للأمن ولسلامة النفس والبدن(أحمد وأخران ، 2010)

الأعراض

تبرز اعراض الاضطراب ما بعد الصدمي حينما يمر به موقف مؤذٍ ومقلق أو حادث صدمية مثل :



- الاغتصاب.
- العنف الأسري.
- الحروب.
- الكوارث الطبيعية، كالفيضانات، والهزات الأرضية، وغيرها والكوارث المصطنعة
- الاعتداءات العنيفة.
- التعذيب، والأسر.
- حالات التعرض إلى مواقف الموت.

من خصائص الصدمة النفسية

*أنها تعد خارج حدود الخبرة الإنسانية الاعتيادية، وتسبب ضيقا شديدا لكل من يتعرض لها ومن ذلك التعرض للتعذيب، العنف، الاعتقال، الاغتصاب ....وغير ذلك.

*إدراك الفرد لها بأنها وضع بالغ الصعوبة، يفوق القدرة على الاحتمال، وتشكل نوعا من الخطر على سلامته، وأهدافه الحياتية وعلى تلبية حاجاته الأساسية.

*أنها تفوق في حدة مصادر وآليات الفرد الاعتيادية على التكيف.

*أنها تسبب في إنهيار القدرة على مواجهة الوضع الطارئ، ويؤدي إلى فقدان حالة التوازن النفسي (سهام، 2005).

فبعد تعرض الشخص لأحداث صادمة تؤدي لأعراض تستمر معه لأشهر وأحيانا لسنوات، بحيث تؤثر على توافقه وأدائه الوظيفي وعلى ممارسة أنشطته اليومية. وعادة ما تظهر الأعراض بوضوح خلال الثلاثة أشهر الأولى من التعرض للأحداث الصادمة، وفي بعض الحالات النادرة قد تظهر الأعراض بعد سنوات. وقد تشتد حدة الأعراض وترافقها نوبات الهلع عند زيادة الضغوط النفسية أو عن التعرض لما يذكر الشخص بالأحداث الصادمة (Kaplan et.al , 1994) (Aardal-Eriksson et..al , 2001).

ومن اعراض الاصابة بهذا الاضطراب هي :



- يستذكر المصدومون دوماً حادث الصدمة على نحو كوابيس وأستذكارات مزعجة خلال النهار
- وقد يعانون من مشاكل في النوم.
- الكآبة والشعور بالانعزال، والبرود العاطفي.
- انعدام الحس، وسرعة الجفلة (الجفلة المفرطة).
- وقد يضعف الاهتمام بالأمور التي أعتادوا على ممارستها.
- وقد يشعرون بالهيجان، والعدوانية أكثر من ذي قبل.

- وعادة ما يثير المصابين أشياء تذكرهم بالحادث، مما قد تؤدي إلى اجتنابهم لأمكان ومواقف معينة تثير الذكريات الأليمة لديهم، وغالباً ما تكون الذكرى السنوية للحادث الصدمي هي الشرارة التي تشعل هذا الاضطراب، وتثير أعراضه الشديدة.

وقد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بالكآبة، أو العدوانية الشديدة، أو القلق. وتتراوح شدة الأعراض من المعتدلة إلى الحادة، وقد تكون هذه الأعراض سهلة التهيج، وتولد نوبات عنيفة، ففي الحالات الحادة يعاني المضطربون سوء تكيف في العمل، والعلاقات الاجتماعية، وأن المضطرب يتعرض إلى استرجاعات عن الحوادث الصدمية على شكل صورة أو أصوات، أو روائح، أو مشاعر يتوهم أن حادث الصدمة يعود ثانية. وفيما يخص قسم من المصابين فإن أعراض (PTSD) تكون قصيرة الأمد وسريعة الزوال، لكن القسم الأخر يعاني باستمرار لشهور، أو سنوات، ولا يتحسنون إلا من خلال التداخل العلاجي. (APA, 2002).

أنواع ردود الفعل تجاه الصدمات النفسية

يصنف النابلسي 1995 ردود الفعل المتوقعة للتعرض للخبرات الصادمة إلى قصيرة، متوسطة، وطويلة الأمد، حيث لكل واحده منها مجموعة من الاستجابات السلوكية والانفعالية المختلفة، وكالآتي :

أ - ردود الفعل قصيرة الأمد:

-**الإحساس باللاواقع وصعوبة التفكير المنطقي** :غالباً ما ينتاب المصدومين إحساس بأن ما حدث ليس حقيقياً، وهنا إما أن يشعروا بأنهم قد تجمدوا أو أنهم مشحونون بالمشاعر.

-**الانتباه والتيقظ الشديدان** :حيث أنهم يكونون بحالة من الترقب ويخشون دائماً من إمكانية حدوث ما هو أسوأ.

-**سوء الإدراك**: فقد يبدءون بإدراك الأمور بطريقة مغايرة أو يفسرون أحداثاً أو حقائق عادية بطريقة مغلوطة.

-**الاستمرار بالحياة الروتينية**: ولكن بتقييد أنفسهم بأنشطة أبسط مما اعتادوا فعله سابقاً.

-**مظاهر القلق والارتباك وعدم القدرة على المبادرة.**

-**اضطراب النوم**) مع أو بدون كوابيس أو أحلام مزعجة.(

ب -ردود الفعل المتوسطة الأمد:

-الشعور بالخوف وعدم الاطمئنان .وذلك بدوره يؤدي إلى سلوك يقظة زائد.

-تجنب الأماكن والظروف التى تذكرهم مباشرة بالصدمة.

-الشعور بالذنب تجاه ضحايا الصدمة، حيث يشعر الناجون بأن نجاتهم كانت محض صدفة مما يغذي مشاعر الذنب اتجاه ضحايا الصدمة.

-استرجاع الحدث برمته وبكافة جوانبه مرة تلو الأخرى، إما بشكل صور متفرقة أو أصوات أو روائح أو من خلال الكوابيس.

بداية ظهور الأعراض النفس جسدية.

ج -ردود الفعل طويلة الأمد:

ويعتمد ظهور هذه الأعراض على عدة عوامل منها شدة الحدث الصادم، ومدة التعرض له، وهل أصيب شخص عزيز بهذا الحدث ومدة تعرضه للحدث الصادم وهل سبق له التعرض لصدمات سابقة .ومن أهم ردود الفعل الطويلة الأمد الإصابة بالاكتئاب أو القلق الذي سوف يؤدي بدوره إلى ظهور اضطراب ما بعد الصدمة.

التشخيص

يشخص اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض النفسية (DSM IV 1994) كما في الأتي:

أ. تعرض الشخص لحادث صدمي وكالتالي:

1 -مر الشخص بخبرة أو شاهد أو واجه حدثا أو أحداثا تضمنت موتا حقيقيا أو تهديدا بالموت أو إصابة بالغة أو تهديدا شديدا لسلامة الشخص أو الآخرين.

2 -تتضمن استجابة الشخص خوفا شديدا وإحساسا بالعجز والرعب، وفي الأطفال يظهر هذا في صورة سلوك مضطرب أو هجاجة.

ب (تتم إعادة معايشة الحدث الصدمي بطريقة أو بأخرى من خلال الطرائق الآتية:

1 -تذكر الحدث بشكل متكرر ومقتحم وضاغط وذلك يتضمن صورا ذهنية أو أفكارا أو مدركات.

2 -استعادة الحدث بشكل متكرر وضاغط في الأحلام.

3 -التصرف أو الشعور وكأن الحدث الصدمي (الأذوي) عائد.

4 -انضغاط نفسي شديد عند التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تشبه بعض جوانب الحدث الرضحي.

5 -استجابات فسيولوجية تحدث عند التعرض للمثيرات سابقة الذكر.

ج. التفادي المستمر لأي مثيرات مرتبطة بالحدث إضافة إلى خدر عام في الاستجابات.

د. أعراض زيادة الاستثارة بشكل دائم.

هـ(. الأعراض مستمرة لمدة شهر على الأقل) أما إذا كانت أقل من شهر فيطلق عليها اضطراب الكرب الحاد.

و. يسبب هذا الاضطراب انضغاطاً إكلينيكيا واضحاً أو يؤدي إلى تدهور في الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو جوانب أخرى هامة (المهدي، 2004)

مراحل الصدمة النفسية

يمر معظم المصابون بالصدمات النفسية بعدد من المراحل التى لا بد من أخذها بعين الاعتبار في العملية العلاجية، وهي المراحل هي :

1. مرحلة الصدمة والإنكار : Shock & Denial Stageوفيها ينكر المصاب باضطّراب ضغوط ما بعد الصَّدمة تعرُّضه لصَّدمة نفسية. والمصاب باضطّراب ضغوط ما بعد الصّدمة يتصرف ودون وعي منه وكأنه لم يتعرض لأي صدمة نفسية. (لم أتعرض لأي شيء) وتستغرق هذه المرحلة في العادة أسبوعاً) يعتمد على نوع ودرجة الصدمة النفسية التي تعرض لها الفرد.
2. مرحلة الغضب :Anger Stage وفيها يشعر الفرد المصاب باضطّراب ضغوط ما بعد الصَّدمة بالغضب لتعرضه لتلك الخبرة المؤلمة، ويبدأ في لوم ذاته (لم حصل لي ذلك؟)
3. مرحلة المساومة) التَّضحية : Barging Stage(ويكون فيها الفرد في حالة من الإحباط تجعله يأخذ الوعود على نفسه بأن يقوم بأي شيء للخروج من تلك الخبرة المؤلمة أو استعادة ما فقده (سوف أكون إنساناً صالحاً إن....)
4. مرحلة الاكتئاب : Depression Stage و خلال هذه المرحلة يبدأ وقع الصدمة النفسية يأخذ منحى طبيعياً وواقعياً؛ إذ يبدأ المريض

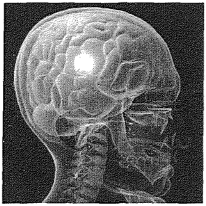
بالحزن، ويبدي عدم اهتمامه بكل ما يدور حوله من أمور كان يهتم بها في السابق (لا أبالي بما يدور حولي)

5. مرحلة التقبل :Acceptance Stage وفيها يبدأ باستيعاب ما حصل له من صدمات، وتقبل الأثر النفسي الذي خلفته الصَّدمة النفسية وراءها، وتعد هذه المرحلة بداية العلاج(العويضة ، 2000) .

الاسباب

1. **الاسباب الوراثية** : تشير الدراسات الوراثية أن للجينات والانتقال الوراثي دور كبير في توفير استعداد لظهور هذا الاضطراب. ومن هذه الدراسات فقد وجدت 2001 , Walters التي أجريت على مجموعة من النساء اللاتي تعرضن إلى أطلاق النار في أحدى الجامعات، واللاتي اصيب البعض منهن باضطراب ما بعد الصدمة. إن بعد إجراء التحليلات الوراثية تبين أن تلك النسوة كان لديهن تغير في جين SLC6A4 الذي يساعد في تنظيم هرمون السيروتونين المسؤول عن تنظيم المزاج وتقليل التوتر والقلق في الجسم. في حين وجدت دراسة Kilpatrick et.al ,2007 التي أجريت على 589 فرداً من الذين هم في عمر 18 – 35 سنة تعرضوا لضغوط ومواقف مرعبة بسبب الأعاصير الجوية التي ضربت فلوريدا ما سببت لهم اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة إن التعبير المنخفض لكل من جين 5- HTTLPR و SLC6A4 المسؤولين عن تنظيم هرمون السيروتونين، كانا هما السبب المحتمل في ظهور اضطراب ما بعد الصدمة لدى هؤلاء الأفراد. أما دراسة , Binder et.al 2008 فقد وجدت أن أحد النيكوتيدات SNPs الموجودة في جين FK506 يتفاعل مع الصدمات في مرحلة الطفولة ليتنبأ بظهور اضطراب ما بعد ضغوط الصدمة في مرحلة الرشد.

أما على صعيد دراسات التوائم وجدت دراسة 1993 , Skre et.al التي أجريت على مجموعة من التوائم ان الاثر الوراثي قد بلغ نسبة قدرها 30 ٪. كما وجدت دراسة Xian et.al ,2000 التي اجريت 3304 من التوائم المتماثلة والأخوية الذكور، ان نسبة التوافق الوراثي قد بلغ نسبة 20 ٪ في حين تساهم البيئة مع الوراثة بنسبة قدرها 25 ٪، اما تأثير البيئة لوحدها فقد شكل نسبة قدرها 55 ٪. في حين وجدت دراسة Karestan et.al , 2005 التي اجريت على 6774 زوجاً من التوائم المسجلين في فيتنام، أن التأثير الوراثي المشترك مع البيئة قد بلغ 63 ٪ في حين أن النسبة المتبقية ترجع لتأثير البيئة فقط، كما وجدت الدراسة أن نسبة التوافق الوراثي كان لدى التوائم المتماثلة 46 ٪ وهو أقل من التوائم الأخوية الذي بلغت نسبته 49 ٪، وهذا الاختلاف يُعزى لتأثيرات البيئة.



2. الاسباب العصبية : تساهم العمليات الفسلجية والعصبية في ظهور الاضطراب، فالحدث المؤلم الذي يصيب الفرد ينجم عنه افراز الجسم لهرمون "الادرينالين" والذي يحفز الجسم ويستنفره، ويثير نشاطه مما يخلق انماطاً عصبية عميقة في الدماغ، وهذه الأنماط يمكن أن تبقى مدة أطول بعد الحدث الذي يسبب الخوف، ويجعل الفرد يستجيب لحالات الخوف المستقبلية (Yehuda et.al , 2004) كما يفترض عدد من المنظرّين (Krystal et. al., 1989) أن التعرض لحادث صدمي يؤدي إلى الحاق الضرر بجهاز أو نظام إفراز الغدة الكظرية، والذي يسبب زيادة في مستويات النورأدرينالين(Noradrenaline) والدوبامين(Dopamine) ، وزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات إستجابة مروعّة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل واسع.

وتفيد الدراسات بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية الحياتية (البيولوجية). فلقد وجد كوستن وزملاؤه (Kosten et. al., 1987)أن مستوى النورأدرنالين والأدرنالين كان عالياً لدى المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. وقد وجد كولك وزملاؤه (Kolk et. al., 1985) زيادة في مستويات الدوبامين والنورنالين لدى الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب. وأشارت دراسات أخرى إلي زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي (Autanomic) لدى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية .وتوصلت دراسات أجريت على الحيوانات عند تعريضها للضغوط إلى أن الموصلات أو الناقلات العصبية - (Neurotransmitters) وهي مواد كيماوية تقوم بالتوصيل بين الأعصاب، ويضطرب بعد التعرض للصدمات والضغوط (صالح، 2005).

3. الاسباب النفسية : تتمثل الاسباب النفسية التي يشير اليها علماء النفس بالآتي :

- تعرض الفرد لإضطراب ما بعد الصدمة الى المستويات المرتفعة من الضُغوط أو التعرض لها؛ فكلما ازدادت شدة التعرض للكارثة، فإن عدد الضحايا الذين يتطور لديهم هذا الاضطراب يتزايد بشكلٍ طردي ..ويفترض إبيشتاين(1990) Epstien أن الأفراد عندما يمرون بخبرة صادمة فمن الممكن أن تلح عليهم أربعة أسئلة هي: (هل العالم خير أو شرير؟ هل للعالم معنى أو أنه غفل من المعنى؟ هل أنا شخص جدير ومستحق ومهم؟ هل الآخرون جديرون بالثقة أو غير جديرين بها) وتبرز هذه الأسئلة بعد صدمة حادة، وتظهر كذلك نتيجة التعرض لظروف عنيفة، أو كارثة موصولة ومستمرة كالاختطاف أو تكرار الاغتصاب على سبيل.

- يبدو أن بعض الأفراد الذين يوجد لديهم تاريخ مرضي في بعض المشكلات السلوكية قبل سن الخامسة عشرة، مثل: السرقة، الكذب، الهروب من المدرسة، التخريب المتعمد للمتلكات....تزداد لديهم احتمالية التعرض لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.
- تعد أسلوب مواجهة الصدمات النفسية وقوة تحمل الضغوط من أكثر المنبهات أهمية في الاستجابة للصدمة فالشخص الذي يفتقر للاستراتجيات النفسية القوية في تحمل الضغوط النفسية يصبح فريسة سلهة لهذا الاضطراب.
- والأمر بالمثل بالنسبة لنقص الدعم والمساندة الاجتماعية؛ فالفرد الذي لا يتلقى مساندة ودعماً أسرياً يكون أكثر عرضة لتأثير الصدمة، مع زيادة خطر استمرار المعاناة منها، ويجب ألا ننسى أن المساندة في ذاتها ليست هي المهمة، بل إن إدراك الفرد لهذه المساندة، هو الذي يقلل من أثر الصَّدمة(العويضة، 2000).

التفسيرات النظرية لضغوط ما بعد الصدمة	
التوجه	التفسير
التحليل النفسي	ما يثير الحيرة في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية أن بدايته يمكن أن تحدث بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي. ولأن فرويد كان قد عدَّ صدمة الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان، وأن منهج التحليل النفسي ينظر إلى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة أنها السبب في الاضطرابات النفسية عموماً، فإن المنظرّين النفسيين الديناميين اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. فقد حاول (Horowitz , 1986) تفسير هذا الاضطراب بنظرية نفسية دينامية خلاصتها أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفزع والإنهاك. ولأن ردود الفعل هذه

التفسيرات النظرية لضغوط ما بعد الصدمة	
التوجه	**التفسير**
	تكون مؤلمة فأن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصدمي أو قمعها عمداً. غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، لأن الفرد لا يكون قادراً على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتكامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءاً من الإحساس بذاته.ويبدو أن الجانب القوي في التوجه النفسي -الدينامي لهوروتز Horowitz أنه استطاع أن يزودنا بطريقة لفهم بعض الأعراض الرئيسة في هذا الاضطراب. ومع ذلك فأن النظرية لم تقدم لنا تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فردية حقيقية في قابلية تعرض الأفراد للإصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية في مواجهتهم لأحداث صدمية.
التوجه السلوكي	وفق المنهج الأشراطي في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PSTD)فأن الأشراط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتنبيه طبيعي (غير مشروط. فالمرأة - على سبيل المثال - التي كانت تعرضت الى اغتصاب في متنزه عام قد تظهر خوفاً كبيراً إذا ذهبت إلى هذا المتنزه مستقبلاً، وربما يجري تعميم هذا الخوف على متنزهات أخرى. وعليه فأن هذا الخوف الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد إلى ما أصطلح عليه السلوكيون بالتعلم التجنبي(Aviodance Learning) ، الذي يفضي - من ثم – إلى خفض القلق. ويرى الباحثون أن التوجه الأشراطي مُصيب من حيث أنه يتنبأ بأن المستوى العالي من القلق الناجم عن تنبيه مرتبط بحادث صدمي يقود فعلاً الى سلوك تجنبي لمثل هذا التنبيه لدى المرضى بـ(PSTD) ، إلا أنه لا يزودنا بتفصيلات عما يحدث، فضلاً عن أنه لا يقول لنا لماذا يصاب بعض الأفراد بإضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه.

التفسيرات النظرية لضغوط ما بعد الصدمة	
التوجه	**التفسير**
التوجه المعرفي	يقوم المنظور المعرفي على افتراض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات وأحداث الحياة والعالم بشكل عام.وعلى أساس هذا الافتراض، وضع فوا وزملاؤه Foa) (et. al., 1989نظرية معرفية في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، خلاصتها أن الأحداث الصدمية تهدد افتراضاتنا العادية أو السوية Normal بخصوص مفهومنا للأمان وما هو آمن. فالمرأة التي تعرضت إلى اغتصاب على سبيل المثال قد تشعر بعدم الأمان في حضور أي رجل كان تقابله فيما بعد، إلى تكوين بُنية Structure كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى. وأن الأفراد الذين تتكون لديهم بُنية الخوف هذه سوف يمرون بخبرة نقص القدرة على التنبؤ Predictabilityوضعف السيطرة على حياتهم، وهذان هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق. وعلى نحو مماثل يرى (Miller, 1995) أن الفرد يدرك الحدث الصادم على أنه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الادراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك. وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات Information-Processترجع في الواقع إلى كيلي (Kelly , 1955) الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينه بخصوص القلق والخوف والتهديد.

(صالح، 2005)

العمر والانتشار

تتراوح نسبة المصابين باضطراب الشدة عقب الصدمات بعد الحوادث أو الكوارث بين(3٪) إلى(75%) . وتبين الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من كرب ما بعد الصدمة أن 30% من الحالات يتم شفاؤها تماما

و40% يستمرون في المعاناة من بعض الأعراض البسيطة، و 20%يعانون من أعراض متوسطة الشدة، في حين يبقى 10% كما هم أو يتدهورون أكثر .وقد وجد بشكل عام أن تطور الاضطراب يصبح أسوأ في الأطفال وكبار السن مقارنة بمتوسطي العمر ربما لافتقاد هاتين الفئتين لقدرات المواجهة ومهارات التكيف(مبيض، 2006)و (المهدي، 2004).

العلاج

قبل الحديث عن العلاج لا بد من الحديث عن اعتبارات عدة لمساعدة المتأثرين في الظروف الصادمة وهي :

1. نقل الشخص المصاب من بؤرة التوتر إلى مكان أكثر أمان.
2. أعط فرصة للشخص بأن يصف الحدث من وجهة نظره وبلغته الخاصة.
3. أطلب من الشخص أن يعبر عن مشاعره أثناء مروره بالحدث وشعوره حاليا.
4. ساعد الشخص على أن يشعر بالأمان والتحدث بحرية.
5. استخدم مهارات الاستماع الفعال وطرح الأسئلة مفتوحة النهاية.
6. استخدم تقنيات الاسترخاء العضلي لمساعدته على التنفس بعمق والشعور بالراحة.
7. ناقش الشخص المصاب في الإجراءات التي قام بها لحماية نفسه،وكيف يمكنه التصرف مستقبلا لو تكرر مثل هذا الحدث.
8. اعمل على دمج الشخص المصاب في أعمال وأنشطة جماعية تساعده في عملية التفريغ الانفعالي **(الشيخ، 2011).**

1. العلاج الدوائي :

هناك بعض الأدوية التي ثبت فاعليتها في علاج مثل هذه الاضطراب ومنها مضادات الاكتئاب ومضادات القلق وهذه العلاجات لا بدا أن تعطى تحت إشراف طبي (الشيخ، 2011).

2. العلاج النفسي، ويشمل :

- العلاج الانفجاري : ويعد العلاج الانفجاري والغمر المتخيل من أكثر الأشكال الشائعة في العلاج السلوكي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. ويتكون العلاج الانفجاري من التقديم التخيلي للخبرة الصادمة التي واجهت المريض، ويحدث ذلك بشكل متكرر حتى الدرجة التي يصبح فيها المنظر الصادم غير مثير للقلق (الانطفاء من خلال التعرُّض). ويتلخص الهدف من هذا الإجراء في تقليل تجنُّب الخبرة الصَّادمة والقلق النَّاتج عنها. ولهذه الطريقة ثلاث مراحل: التَّدريب على الاسترخاء، التَّدريب على التخيل السار، والعلاج الانفجاري الذي يتكون بدوره من ثمان مراحل فرعية. و تتمثل المرحلة الأولى في تكوين مدرج للذكريات الصادمة مبتدءا بأقلها حدة وشدة، إلى أكثرها إثارة للقلق. وتتكوَّن الخطوة الثانية من خلال الطلب من المريض إعطاء تقديرات لكل خبرة صادمة على مدرج متصل من (1- 10) مبتدءا بالأقل إثارة للقلق إلى الأكثر استثارة للقلق. أما الخطوة الثالثة فتهدف إلى مساعدة المريض على الاسترخاء. ثم يطلب منه أن يعيد صياغة المشهد الصادم، وبعد ذلك يقوده المعالج إلى التركيز على أكثر الأمور في ذلك المشهد استثارة للقلق، ثم ينهي المشهد بالتدريج، ويطلب منه مرة أخرى تقدير القلق عنه على مدرج متصل من (1- 10)، وينهي الجلسة العلاجية.
- العلاج المتمركز حول المخطوطة المعرفية (Schema-Focused Therapy) : علاج تناوله بيك(1978) Beck ضمن نظريته في الاكتئاب

وطرق علاجه. وتتضمن هذه الاستراتيجية إعادة تحديد المخطوطة المعرفية للفرد المصاب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؛ وذلك من خلال التَّركيز على الحادث حتى يكتسب معنى متسقا في هذا العالم (وذلك بمقارنة الفرد بأولئك الذين هم أقل حظا منه)، والنَّظر إلى الاستفادة الممكنة من هذه الخبرة. ثم يأتي المعالج إلى إيجاد معنى وغرض في هذه الخبرة داخل مخطوطة الفرد المعرفية، ويعمل على تغيير السلوك لمساعدة الفرد على منع الخبرة الصادمة من معاودة الحدوث، وتشجيعه على البحث عن الدعم الاجتماعي من خلال الأسرة والأصدقاء.

- علاج العمليات الانفعاليةEmotional Processing Techniques: ويركز هذا النوع من العلاج على السماح للمصاب باضطِّراب ضغوط ما بعد الصدمة بتحديد الانفعالات التي استثارت القلق عنده، وربطها بإدراكاته عنها. ثم ينتقل به المعالج إلى تحديد احتياجاته الانفعالية والسعي إلى تحقيقها. (العويضة، 2000) .
- التعرض العلاجي للصدمة: ويتلخص هذا الأسلوب في العلاج في تعريض المريض إلي الأحداث أو الذكريات والمشاعر التي مر بها والتي لا تزال تثير فيه الخوف والقلق ولكن بعناية وبطريقة تدريجية، وفي العادة ما نبدأ في التركيز على الذكريات التي تثير القلق والخوف لدى المصاب ولكنها تحت السيطرة ثم ننتقل إلى الذكريات الأشد والأشد ، على شرط أن يتم هذا العلاج في بيئة آمنة ومسيطر عليها والمريض في حالة استرخاء ، وهنا يشعر المريض بأنه اقل قلق وأكثر أمنا و تحكم في المشاعر والذكريات (الشيخ، 2011).منشورات اطفال الخليج
- العلاج الاجتماعي والديني : وذلك بتنشيط شبكة الدعم الاجتماعي (أو ما تبقى منها) بدءً بالأسرة (أو بعض أفرادها الموجودين) ثم العائلة

الكبيرة ثم المدرسة ثم المسجد أو الكنيسة ثم جمعيات المساندة الأهلية. وقد ثبت من الأحداث دور الرموز والقيادات الدينية في مساعدة الصغار والكبار على استيعاب الأحداث الدامية والتعامل معها بشكل تكيفي من خلال إعطاء المعنى الإيجابي لها من وجهة النظر الدينية الأعمق إضافة إلى أثر المفاهيم والأخلاقيات والممارسات الدينية على تماسك الأسرة والعائلة والمجتمع تحت مظلة التكافل الاجتماعي والتراحم والتلاحم(الشيخ، 2011).

بعض المشاكل المحددة التي ترافق اضطرابات ما بعد الصدمة :

النوبات العنيفة: بعض المصابين قد يتعرضون لنوبات حادة عند مرورهم بمواقف وأحداث تذكرهم بالصدمة التى تعرضوا لها، وقد تشمل الأعراض الجسدية هنا سرعة واضطراب ضربات القلب والتعرق الشديد والشعور بضيق التنفس أو الاختناق، والارتعاش في الجسد، آلام في الصدر، الغثيان، الدوخان، ارتفاع حرارة الجسم، الخدر في الجسم، أو الشعور بوخز في الجسم، كما يمكن أن يشعر المصاب بأعراض نفسية كالشعور أنه غير حقيقى أو الخوف من الإصابة بالجنون أو الخوف من الموت ومن الإصابة بنوبات قلبية.

السلوك الانزوائى الحاد: أحياناً كثيرة لا يقتصر التجنب على المواقف المرتبطة بالحادث؛ وإنما يصبح الإنزواء سلوكاً يومياً يطال كافة جوانب حياة المصاب وقد تزداد حدّة هذه الحالة لدرجة يحبس المصاب نفسه في البيت.

الاكتئاب: أحياناً كثيرة يتعرض المصابون لشعور بالاكتئاب وعدم الرغبة في القيام بالأعمال التي كانت تشكّل مصدر متعة لهم فيما مضى، كما قد يتكون لديهم شعور بالاختناق وأحياناً يلومون أنفسهم على ما

حدث ويحملون ذاتهم المسئولية عن الخطأ الذي قادهم للتعرض للصدمة رغم أن هذا يبدو غير صحيح بشكل قطعي.

التفكير والشعور بالرغبة في الانتحار: أحياناً يصل الاكتئاب بالمصاب إلى مرحلة التفكير بالانتحار.

الشعور بالغربة والانعزال: المصابون باضطرابات ما بعد الصدمة يحتاجون إلى الدعم من الآخرين، إلا أنهم كثيراً ما يشعرون بالغربة والعزلة والبعد عمن يمكن أن يقدم لهم المساعدة والعون ويعتقدون أنه من الصعب أن يتفهم الآخرون الظروف التي مروا فيها وربما يشعرون أنه ليس من الممكن أن يقوموا بأي دور اجتماعي جديد، ويلاحظ هنا أن اضطراب العلاقة مع الأصدقاء والمحيطين والأهل من أهم الآثار التي ترافق أولئك الذين يتعرضون للصدمات.

الغضب: يعتبر من ضمن ردات الفعل الطبيعية لدى من يتعرضون للصدمات فعند تعرضك لاعتداء ما؛ فإن الشعور بالغضب ما هو إلاّ ردّة فعل طبيعية ومبررة، إلا أن الغضب المتواصل قد يؤثر سلباً على فترة العلاج كونه سيؤخر من المدّة اللازمة لإعادة الانسجام مع الآخرين سواء في البيت أو العمل أو مع الأصدقاء أو حتى مع من يقدمون العلاج.

التأثير السلبي على المهام اليومية: بعض من يتعرضون من اضطرابات ما بعد الصدمة يعانون من صعوبات في القيام بوظائفهم الاعتيادية التي اعتادوا القيام بها أو الالتزام بمهام جديدة وواجبات يومية.

عدم القدرة على السيطرة على البكاء: أحياناً يأخذ المصابون بالبكاء لفترات متواصلة، فتذكّر الحدث يسبّب للمصاب شعوراً بالحزن العميق والذي يعبر عنه بالبكاء المتواصل الذي يكون أحياناً صامتاً وأحياناً يترافق مع الصراخ.

الاضطرابات التي تظهر على المدى البعيد: بالرغم من أن أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة تظهر مباشرة بعد الحادث (خلال أسابيع عادة)، إلاّ أن بعض الأعراض لا تظهر إلا على المدى البعيد، أي بعد شهور أو حتى سنوات، وقد تظهر هذه الأعراض في الذكرى السنوية لتعرض الشخص للصدمة أو ربما لدى تعرضه لحدث أو موقف مشابه للحدث الأصلي (الهمص، 2009) .

الفصل السابع
الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي



7

الفصل السابع

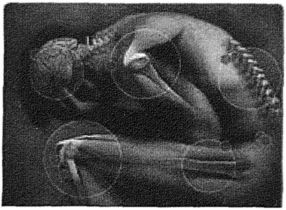
الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي

الاضطرابات السيكوسوماتية (النفسجسمية)Psychosomatic

حالة مرضية

طالب جامعى كان يتعرض لكثير من النقد من والده. ومهما أظهر هذا الطالب تفوقا في دراسته فإن والده كان دائما يطلب منه أداء أحسن، وكان يقول له دائما إنه كان في مثل سنه يؤدي عمله الدراسى أفضل منه. وقد كره هذا الطالب والده ولكنه لم يستطع أن يعبر عن كرهه له خشية منه. وقد تعرض هذا الطالب أيضا لنقد شديد من أحد أساتذته حول بحث قام به، وكان الطالب يعتقد أن استاذه غير محق في نقده، غير أنه لم يستطع أن يعبر عن رأيه خوفا من أستاذه. إن الانفعالات التي عانى منها هذا الشاب مدة طويلة ولم يستطع التعبير عنها سواء نحو والده أو استاذه أدت في النهاية إلى أصابته بالقرحة المعدية (نجاتى، 1988).

التعريف



باختصار ان الاضطرابات السيكوسوماتية (كالقرحة المعدية) هي اضطرابات تصيب أحد اجهزة الجسم نتيجة ضغوط نفسية متراكمة، وتترك تلفا أو اثارا فسيولوجية، كخلل في أحد أعضاء الجسم التي تخضع

للجهاز العصبي المستقل كالجهاز الهضمي، والاوعية الدموية، والقلب، والجهاز التنفسي، والجلد.. وغيرها (عويضة، 1996).

ولقد تعددت التعريفات بشأن الاضطراب السيكوسوماتي، واختلفت حسب التخصصات والاتجاهات العملية، ووجهات النظر ولكن هذا التعدد لم يؤثر على المفهوم العام للاضطراب فكلمة سيكوماتي مكونة من قسمين سيكو(psycho) وتعني الروح أو النفس، وكلمة سوما(Soma) تعني الجسم أو كل ما هو متعلق بالجسم ومفهوم مصطلح سيكوسوماتي بالعربية يعني (نفسي .جسمي) أو نفس جسدي وتختصر هذه الكلمة إلى (النفسجسمية) (أبوالنيل، 1994)

وهناك عدة تعريفات للاضطرابات السيكوسوماتية، ومنها :

- Mitteiman & Malkenson ، 1954 : اضطراب وظيفي في أعضاء البدن، وتحدث هذه الاضطرابات وقت الشدة النفسية، ويمكن أن يظهر الاضطراب السيكوسوماتي لأول مرة كنتيجة لسبب عضوي ثم يعود مرّةً أخرى من خلال اضطراب انفعالي، وقد يكون ذلك بسبب وجود استعداد عضوي لدى الفرد.
- Shanmugam ،1986 : تلك الاضطرابات التي تنشأ من أسباب نفسية ولكن أعراضها تتخذ شكلا جسميا عائدا إلى أسباب نفسية النشأة (العنزي، 2004).

سوين، 1988 " حالات معينة تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة بصفة رئيسية إلى اضطرابات انفعالية (سوين، 1988).



وبذلك فان الاضطرابات النفسجسمية نزعة لخبرة ومعاناة ضغوط جسمية وأعراض لا تحصى من المظاهر المرضية (الباثولوجية) وتكون أسبابها نفسية Lipowski)، 1988 (فالشخص

الذي يعاني ضغوطاً نفسية شديدة تظهر لديه مجموعة من الأعراض على شكل أمراض جسمية فهي تمثل شكاوى جسدية بثولوجية تؤدي إلى ضعفه وتعطيله عن أداء مهامه في مجالات حياته المهنية والاجتماعية (Wolraich et.al، 1996) ويتفق غالبية الباحثين إن التفسير العام والمشترك في ظهور هذا الاضطراب فهو الصراعات النفسية الداخلية اللاشعورية التي تعبر عن نفسها بصورة أعراض مرضية جسمية (Goldberg، 1999) فيصاب بعض الأطفال على سبيل المثال بحكة جلدية شديدة كاستجابة للضغوط والمشكلات العائلية، فحينما يواجه الطفل خوفاً أو كراهية أو غضبا مكبوتا بسبب بعض المشكلات الاجتماعية كحالات الطلاق أوعدم الرغبة فيه، ستظهر عليه أعراض مرضية ومنها الحكة. وعلى العموم فمن الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي الشائعة بين المصابين ما يأتي :الصداع، وألم الصدر، أوالإعياء، والغثيان، وأوجاع الجسم، ومشاكل بولية، وفقدان الشهية (Reese & Strasburger، 1992) .

ويستنتج العالم النفسي (سوين، 1988) أن خصائص الاضطرابات السيكوسوماتية تتمثل في الآتي :

1 - إن الأحداث أو العوامل النفسية هي المحدثة للإضطرابات العضوية.

2 - إن الأمراض العضوية الناتجة عن الإضطرابات الإنفعالية تتطلب علاجا طبيا للأعضاء المصابة.

3- إن العلاجات الطبية لا تؤدي إلى تحسن الحالة الجسمية ما دام السبب النفسي قائم.

4- إن نشأة المرض في العضو أو الأعضاء لا يفيد في خفض التوتر وهذا ما يميزها عن الاضطراب الهستيري.

5- إن الضغوط والأحداث تحدث خللا عصبيا كهربائيا وخللا هرمونيا من شأنه أن يؤدي إلى تغيروظيفي في العضو وهذه التغيرات لا تتم بشكل بسيط كما أنها تختلف من فرد لآخر (العنزي، 2005).

الاعراض

إن اعراض هذا الاضطراب – كما وضحنا سابقا – بدنية تنشأ عن عوامل نفسية، وتحدث ضرر او مرض عضوي يصيب أحد أعضاء الجسم أو أحد أجهزته (نجاتي، 1988). ويتم تشخيص أعراض هذا الاضطراب الجسمي ذو المنشأ النفسي على الأقل في أربعة مناطق من الجسم، وهذه المناطق هي :



- ألم على الأقل في أربعة مناطق مختلفة من الجسم مثل : الرأس، والبطن، والظهر، والمفاصل، والأطراف، والصدر، والمستقيم، وأثناء الدورة الشهرية، وأثناء الجماع، وأثناء عملية التبول.
- المشاكل المعوية مثل التقيؤ والإسهال فضلاً عن حالات ألم المعدة، والغثيان، والانتفاخ، والقيء غير الذي يحدث أثناء الحمل، والإسهال أو عدم تحمل أنواع عديدة من الطعام.
- ظهور احد الأعراض الجنسية مثل نقص الاهتمام أو الضعف الجنسي في عدم القدرة على الانتصاب، و خلل في القذف، و عدم انتظام الحيض أو النزف الحيضي الكثير.
- وجود احد الأعراض العصبية المزيفة المشابهة لتلك التي تظهر في اضطراب التحويل مثل: خلل الاتزان، والشلل أو الخل الموضعي، وصعوبة البلع، واحتباس الصوت،أو احتباس البول، أو الصمم، أو فقد اللمس والرؤية المزدوجة أو العمى، أو ظهور التشنجات، والاضطرابات الانشقاقية مثل النساوة. إن هذه الأعراض لا تظهر جميعها لدى المصاب في الوقت نفسه ولكنها تحدث على طول مسار الاضطراب، فضلا عن أن تاريخ الأعراض الجسمية تظهر قبل عمر 30 سنة (American Psychiatric Association، 2000).

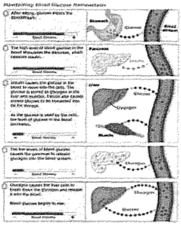
شروط ظهور الاضطرابات النفسجسمية

يذكر الكثير من علماء النفس مجموعة من الشروط اللازمة لحدوث هذا الاضطراب، وهي

1. ظهور العوامل الانفعالية او مصادر الضغوط بتاريخ سابق من ظهور التغيرات الجسدية بفترة زمنية، ولا يمكن ان تكون الاستجابة الانفعالية للمحن والضغوط مؤقته، وكذلك الاختلال الوظيفي (العضوي) كما هو في المواقف الضاغطة العادية، وبمرور الوقت تضعف المقاومة للاضطراب وينتقل الى الانهيار الجسدي الذي يعتمد على عدد كبير من العوامل الاستعدادية والبيئية. ولا يعني هذا ان الانفعالات تسبب المرض وحدها ببساطة، ولكن الضغوط الانفعالية تظهر وتدرك بوضوح قبل ان تصبح الحالة جسدية ولكن تحدث كل من التغيرات الانفعالية والجسدية في وقت واحد.
2. أن العوامل الانفعالية الكامنة وراء الانهيار الجسدي لاشعورية.
3. تظهر الاضطرابات السيكوسوماتية من انهيار الدفاعات البشرية في مواجهة الضغوطات النفسية المدمرة.
4. وهذه الانهيارات تظهر اثارها في وظائف الاعضاء المرتبطة بالجهاز العصبي الذاتي مثل القلب والرئتين، والجهاز الجنسي.. وغيرها.
5. ان هذه الاضطرابات لا تظهر إلا إذا كانت لدى الشخص استعدادات وراثية للاصابة بها، وبيئة ضاغطة على الفرد تفجر لديه هذه الاضطرابات (حسن، 2001).

تصنيف الاضطرابات النفسجسمية

تصنف الاضطرابات السيكوسوماتية عادة على أساس الاجهزة الجسمية التي يصيبها الضرر، وهي كالآتي :



1. الاضطرابات المعدية المعوية مثل : Gastrointestinal diorders الغثيان، والقيء، والإحساس بحرقة في المعدة، ومغص البطن، والإسهال، والامساك، والتهاب القولون.
2. الاضطرابات الجلدية Skin disorders : مثل الالتهابات الجلدية، والاكزيما.
3. الاضطرابات القلبية الوعائية Cardiovascular disorders : وهي الاضطرابات المتعلقة بالقلب والاوعية الدموية مثل صداع نصف الرأس، وعدم انتظام ضربات القلب، والنوبات القلبية، وارتفاع ضغط الدم، وتصلب الشرايين.
4. اضطرابات التنفس Respiratory disorders : مثل الربو التشعبي، وزيادة التنفس، والفواق.
5. اضطرابات الغدد خارجية الافراز Exocrine Gland disorders : مثل اضطرابات الغدد الدهنية، وحب الشباب، والعرق المفرط.
6. اضطرابات الغدد الصماء Endocrine Gland disorders : مثل البوال غير السكري، وزيادة نشاط الغدة الدرقية.
7. الاضطرابات العضلية العظمية Musculoskeletal disorders : مثل تشنج العضلات، وآلام الظهر (نجاتي، 1988).

بعض أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية

1. ارتفاع ضغط الدم :

مرض يتميز بارتفاع ضغط الدم عن ذلك الذي نسجله في حالات السواء، ويبلغ ضغط الدم الانقباضي في الشرايين في حالة السواء عند الشخص الراشد

المسترخي 120 مليمترا من الزئبق، ويبلغ الضغط الارتخائي 80 مليمترا، وفي كل مرة يضخ القلب الدم في الشرايين ينتج الضغط وتكون الشرايين تحت الظروف الطبيعية مطاطة، وعلى ذلك حينما يضخ القلب الدم بالمعدل العادي لا تكون هناك أية مشاكل، ولكن يرتفع ضغط الدم عندما يكون ضخ القلب أسرع من المعدل العادي. واثبتت الدراسات ان الضغط النفسي ينتج عنه زيادة في نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي الذي يسبب تقلص الاوعية الدموية، ويسبب في ارتفاع ضغط الدم. ويعد ضغط الدم من أخطر العلل الجسمية الخطيرة لأنه يصيب اجهزة الجسم الحيوية مثل القلب والمخ والكلى والعيون، فضلا عن ذلك ان هذا المرض لاتصاحبه اية اعراض تلعب دور المنذر لزيادة ضغط الدم، ولكن تظهر الاعراض في الحالات الحادة مثل الصداع، والتعب، وعدم النوم، والدوخة. وتظهر معظم حالات ضغط الدم في منتصف العمر حوالي 35 سنة، وتشير الدراسات ان نسبة انتشار ضغط الدم يبلغ حوالي 20- 30٪ بين الشباب (عويضة، 1996).

2. الامساك Constipation :



حالة تتمثل بصعوبة الفرد في اخراج فضلاته، إذ يحبسها لفترة يوم أو يومين. ففي الحالة الطبيعية يتبرز الشخص مرة او مرتين في اليوم، وكذلك من 2- 3 مرات وهذا شيء طبيعي، ولكن عندما لا يتبرز الفرد لمدة تزيد عن 14 ساعة فهو مؤشر على وضع غير طبيعي. وقد يظهر الامساك نتيجة القلق والضغوط التي يتعرض لها الفرد ـ إذ تولد الضغوط حالة من الخوف والتوتر ينعكس في حالة الامساك. ويظهر الامساك وخاصة لدى الاطفال نتيجة قسوة الأم أو الوضع الأسري غير المريح أو نتيجة سوء العلاقة الزوجية بين الوالدين، في حين يظهر لدى الراشدين نتيجة الضغوط الدراسية، والمستقبلية، والاجتماعية والمهنية. ويظهر الامساك بوصفه نوع من

الترجمة لمشاعر الخوف والقلق أو التوتر الذي يعانيه الفرد ، لذا فمن أجل معالجة الامساك يجب أن نحدد الاسباب المؤدية الى الامساك (الخليدي ووهبي ، 1997).

3. الربو الشعبي :

تعد الضغوط والتوترات النفسية أحد الاسباب المسببة لمرض الربو ، والربو مرض يصيب عملية التنفس ، ويظهر على شكل نوبات قصيرة الامد تستمر دقائق معدودة ولكنها قد تطول وتمتد إلى ساعات ، ومن أعراض الربو التنفس بجهد شاق مع حدوث صوت كالصفير ووجود صعوبات في التنفس ، ووجود كحة جافة ، وكذلك يصيب المنافذ الهوائية للرئتين بالانسداد ، لذا يشعر المريض بضيق الصدر وسعال جاف. وفي الحالات الشديدة منه تزداد صعوبة التنفس ، فضلا عن ذلك يصبح الانسداد في المنافذ الهوائية على درجة كبيرة مما يؤدي الى صعوبة عملية سحب الهواء داخل الرتين ، ويكون الصدر متضخما ومنتفخا وتتصلب عضلات الرقبة ، ويصبح ايضا الوجه شاحبا ، ويشعر المريض أنه على وشك الاختناق (العيسوي ، 1992).

4. عصاب القلب :



عصاب القلب هو اضطراب يراجع حامله الطبيب بسبب الآلام في القلب بدون أن يكون سبب الآلام مرض أساسي عضوي ، و لا يبرهن على عصاب القلب نتائج عضوية (منشأ عضوي للمرض) و يعتقد أن نشوءه يمكن أن يكون على أساس اضطراب عصابي. ويظهر هذا اضطراب في نشاط القلب مع توسع النبض وعدم انتظام دقاته مع خفقان وتشنج وتسرع فيه ، فضلا عن الشعور بالضيق في الصدر يصاحبه قلق الموت ، وكذلك يؤدي هذا الاضطراب إلى شعور بالدوران والتعرق مع نوبات ألم تكون غالبا في الذراع الأيسر. ويترافق مع هذا العصاب قلق شديد من تكرار مثل تلك النوبات والخوف من الموت بمرض

القلب. وعلى العموم يلخص أوكسكول (1962) الصورة المرضية لعصاب القلب في خمس مجموعات رئيسية تشمل:

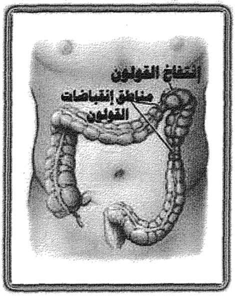
- أوجاع متمركزة على القلب: ومنها خفقان القلب وعثرة في القلب واحيانا ضيق القلب فضلا عن ألم وضغط ووخز في الصدر مع امتداد الالم للذراع الأيسر مما يجعل الشك يدور للوهلة الأولى حول الذبحة الصدرية.
- أوجاع عامة: شكوى من الانحطاط العام واسوداد حول العينين و تعب وإرهاق ويمكن بصورة عامة ملاحظة الأوجاع الملاحظة غالبا في أعراض نقص التوتر أو انخفاض ضغط الدم.
- أوجاع متمركزة حول التنفس: ويشكو المرضى هنا من مشاعر الضيق، وصعوبة في التنفس والتي يمكن أن تتفاقم لدرجة توقف التنفس، وهذه الصعوبة يمكن أن تظهر في حالة الاسترخاء وحالات الإرهاق الجسدي على السواء، وهذه الآلام تعرف أحيانا كصورة مرضية مستقلة.
- أوجاع إعاشية: من مثل الأرق وتشوش الإحساس (مثل الخدر والتنميل والحكة) و الارتجاف والشعور العصبي بالبرد والشعور بالدوخة والتعرق بالإضافة إلى أوجاع في الرأس.
- أوجاع نفسية: غالبا ما يذكر المرضى قابليتهم للإستثارة والقلق وعدم الهدوء الداخلي والمزاج المنقبض وتشكل هذه المجموعة وصفا واضحا للصورة المرضية لعصاب القلب، يمكن الاعتماد عليها في الممارسة العملية في عملنا ومعالجتنا لاضطرابات القلب العصابية (رضوان، 2007).

5. القرحة :

اصابة او جرح في غشاء بطن المعدة أو الامعاء الدقيقة، وأول أعراض القرحة هو الاحساس بالحرقان في القناة الهضمية، ومع تطور القرحة يتحول الاحساس بالحرقان إلى الآلام قاسية ينتج عنها القيء المدمى، ويبلغ حجم القرحة بين 1 / 8 بوصة. وتظهر على شكل تسلخ تدريجي لمنطقة صغيرة من نسيج المعدة مما يترك هذا المكان المعين عاريا ومتلهبا بصفة دائمة، لذلك فان قرحة المعدة حالة من التهاب جدران المعدة وتهيجها، وتصل في النهاية الى تاكل هذه الجدران بسبب الافراز الزائد لاحماض المعدة (عويضة، 1996). ويعد القلق أحد مسببات القرحة، فمجرد وصول الطعام الى المعدة تفرز العصارات المعدية لهضمة وبسبب التوتر يزداد تدفق كميات كبيرة من هذه العصارات الهضمية عن الكية المطلوبة فتهضم الطعام ومن ثم تهضم الغشاء المخاطي للمعدة المحيط بجدرانها مسببة القرحة (زهران، 1988) وتعد القرحة مرض العصر فيصاب بها فرد واحد من كل عشرة افراد، في حين يبلغ عدد المصابين بقرحة المعدة من الرجال بين 2 او 3 اضعاف المصابين من النساء. كما ويظهر هذا المرض في اواخر العشرينات وبداية الثلاثينات من العمر (عويضة، 1996).

6. القولون العصبي :

يعد لقولون احد الامراض الشائعة في القناة الهضمية الذي يستمر لفترات طويلة، ويكون مصحوب عادة في ألم بمنطقة البطن مع احتمالية عدم قيام القولون بوظائفه من دون سبب عضوي، بل بسبب نفسي. وتتضمن اعراض القولون العصبي بوجود انتفاخ، وغازات، ومخاط، وأمساك أو أسهال أو امساك يعقبه أسهال. ويصنف القولون على نوعين هما :



أ. مرض كرون Crohn's Diseeas :
وهو آفة التهابية مزمنة، وسببها مجهول، وغالبا ما يكون المصاب في سن الشباب، ومن اعراضه ألم في البطن، وإسهال، وانسداد الامعاء بالكامل أو غير الكامل، فضلا عن سوء الامتصاص.

ب. القولون التقرحي Ulcerative Colitis : عبارة عن التهاب مزمن يصيب الغشاء المخاطي للقولون. كما يؤثر على المستقيم، وعلى الجانب الأيمن ويمتد احيانا إلى اللفائفي. وتشبه اعراض هذا القولون مرض كرون ومن الصعب التمييز بينهما. (حسن، 2001)

وعلى العموم تظهر اعراض القولون العصبي على الاغلب بشكل مفاجئ بعد شدة نفسية، وتتمثل شكوى المريض بالآتي :

- يشعر المريض بالآلام مغصية مستمرة من دون موضع محدد إلا أنه غالبا ما يشكو منها المريض على مسار القولون النازل أو المستعرض وتمتد الى الظهر. ويشبه ألم القولون الاصابة بطعنة حادة، وتشتد هذه الآلام بعد تناول الطعام.
- انتفاخ غازي في البطن مع شعور المريض بالراحة بعد خروج الغازات عن طريق الشرج.
- اضطرابات في التغوط : حيث يشكو المريض من إمساك متناوب مع أسهال، وقد يشكو 17٪ من المصابين من أسهالات غير متوافقة بألم.
- اعراض عامة مثل صداع، واعياء، وخفقان، وعرق (تفاحة، 1996)

7. الآلام وروماتزم المفاصل :

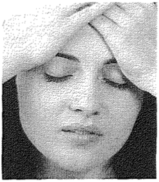
استرعت العلاقة ما بين الآلام المفاصل والتهابات الروماتزم وبين العوامل الانفعالية اهتمام الكثير من علماء النفس. وهناك اعتقاد كبير بتوفر العلاقة بينهما، على أنه من غير الواضح حتى الآن طبيعة هذه العلاقة وكيفية حدوثها. والرأي السائد هو أن روماتزم المفاصل هو نتيجة رد فعل للمؤثرات الانفعالية التي تنشأ داخل الفرد والتي تؤثر في وظيفة المفاصل. ويؤكد علماء النفس المرضي بأن العوامل الانفعالية هي أحدى العوامل الكثيرة الأخرى في ظهور الآلام الروماتزم. ومن التفسيرات النفسية للالآم المفصلية هي ان المصابين بالالآم الروماتيزم في المفاصل قد تعود إلى عدم تصريف الرغبات والافكار العدوانية في نفوسهم في العمل الزائد أو المنافسة أو التحكم في الآخرين، وأن توقف هذه الوسائل التصريفية لهذه الافكار والرغبات لسبب من الاسباب يؤدي الى زيادة التشنج العضلي للأطراف، ومن ثم الى الالآم المفاصل (كمال، 1983).

8. التشنجات العضلية :

يعاني الكثير من الناس من تشنجات موضعية أو عامة أو متنقلة في انحاء الجسم، وقد تصيب عضلة أو مجموعة عضلات في أي مكان من الجسم، وأكثر أجزاء الجسم اصابة بهذه التشنجات هي الاطراف والرقبة وأسفل الظهر والرأس. فضلا عن ذلك أن أكثر هذه التشنجات تحدث في اؤلئك الذين تتميز حالتهم النفسية بالتوتر والاحتصار والقلق. وتقع هذه التشنجات في تلك الاجزاء من الجسم التي اكتسبت اهمية خاصة في حياة المريض بسبب طبيعة عمله أو بسبب أي ضرر سابق قد تعرض له ذلك الجزء المعين من الجسم، أو بسبب أهمية رمزيته في حياة المريض، أو بفعل الايحاء (كمال، 1983).

□

9. الصداع :



حالة من شكوى المريض بحدوث ألم في الرأس، ويحدث هذا الصداع جراء تعرض الفرد لنوع من الانفعال المستمر والمزمن أو بوصفه وسيلة رمزية للتخلص من وضع لا يرتضيه الفرد أو بغرض تجنب حالة غير سارة. ويبدأ الصداع النفسي أثر ذلك بشكل حاد، ويرى الفرد دوائر وألوان أمام عينيه، وعند اشتداده يحصل نوع من الطرش. وقد يكون الصداع أما في جانب واحد من الراس أو في كلا الجانبين، ويشعر الفرد في كلاهما بألم الرأس، والدوار، والدوخة، والشعور بالغثيان والميل للتقيؤ. وغالبا ما يبدأ الصداع عند الاستيقاظ من النوم أو عند التوجه للدراسة أو العمل. وعلى العموم ينجم الصداع عن الاضطراب في الاوعية الدموية الدماغية من جراء الضغط في مسار الإمداد الدموي الدماغي او خمول في الإمداد الدموي الدماغي (الخليدي ووهبي، 1997).

10. اضطراب الحياة الجنسية

أ. العادة (الحيض) :

من الطبيعة الفسيولوجية لحياة الأنثى منذ بلوغها وحتى سن اليأس هناك توازن قائم بين انفعالاتها العاطفية وبين انتظام وفيض حيضها الشهري. إذ كلما اضطرب الكيان العاطفي لسبب من الاسباب، اضطرب معه الحيض بالتقديم أو التأخير، أو التكرار أو التوقف، أو الشدة وقلة في الفيض. ويصاحب هذه الاضطرابات الحيضية عادة او يسبقها بعض الاعراض المرضية في المجال النفسي والجسمي، وتتصف عادة بالكآبة والتوتر والحصر وسرعة الانفعال، وكذلك تشكو المريضة من بعض الاعراض الجسمية مثل الصداع، والتشنجات والالآم عامة في المفاصل والاطراف.

ب. العقم :

تتأثر عملية الانجاب في الاساس على العمليات الهرمونية اللازمة، وهناك ما يثبت بأن هذه العمليات تتأثر بالعمليات العقلية في المراكز العصبية العليا في الدماغ. وأن من الممكن للانفعالات العاطفية مثل القلق او الخوف أن تؤثر في هذه المراكز العصبية ومن ثم في الافرازات الهرمونية التي تؤثر في عملية البيض في المبيض، أو افراز الحيامن لدى الذكور. فضلا عن ذلك تؤثر الحالة الانفعالية على انتصاب قضيب الذكر، والبرودة الجنسية لدى الانثى (كمال، 1983).

11. التهابات الجلد :



هناك علاقة مباشر بين الانفعالات الضاغطة والسلبية مثل القلق والخوف والغيرة والجهاز الجلدي، إذ تؤدي هذه الانفعالات الضاغطة الى تغيرات فسيولوجية في شكل الجلد ولونه وطبيعته. ويعلل ذلك بسبب اتصال الجهاز الجلدي بالجهاز العصبي والغدي اللذان يخضعان للحالات الانفعالية. ومن الامراض الجلدية الناتجة عن تلك الضغوط هي :

أ. الارتيكاريا Urticaria : عبارة عن طفح جلدي يظهر على شكل بثور ناتئه يسبب حكاكا قد يكون شديدا.

ب. التهاب الجلد العصبي Neurodermatitis : ويعلل علماء النفس بأنه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوته.

ج. الحكاك (الهرش) Pruritis : وعدها الكثير من علماء النفس تعبيرا عن العدوان المكبوت والتوتر النفسي واستجابة عن الشعور بالذنب.

د. الاكزيما العصبية : مناطق جلدية تثير هرش شديد وتظهر غالبا في الرقبة وحول الحاجب وأعلى الصدر والاعضاء التناسلية.

هـ. فرط العرق Hyperhidrosis : حالة من التعرق الشديد يكون غزيرا

عادة في الكفين وبطن القدمين كما تكون الاقدام باردة.

و. حب الشباب : وهي بثور متقرحة ومتنقلة تظهر كثيرا في الوجه وتسبب اثارا وتشوهات جلدية ليس من السهولة التخلص منها.

ز. سقوط الشعر، وقد يكون محدودا أو قد يشمل كل الرأس (زهران، 1988).

الاسباب

1. **الاسباب الوراثية :** اشارت الدراسات الوراثية أن هناك مجموعة معينة من الافراد لديهم استعدادات وراثية للاصابة بالاضطرابات النفسجسمية أكثر من غيرها، وهذا يرجع الى الموروثات الجينية التي لديهم. وقد وجدت دراسة Klengel، 2011 أن الموقع الجيني 2 intron في جين HTR2A يزودنا بدليل قوي على وراثة الاضطرابات السيكوسوماتية لدى المصابين وانتقاله بين الأقرباء من الدرجة الأولى. في حين وجدت دراسة Cloninger)، (1994 التي أجريت على مجموعة من الأسر التي يوجد فيها مصابين باضطرابات سيكوسوماتية أن نسبة الانتقال الوراثي بين الأقرباء من الدرجة الأولى تقدر من 10 – 20 ٪ ولاسيما النساء. أما على صعيد الدراسات التوأمية فقد وجدت دراسة Torgersen, 1986 التي أجريت على 40 زوجاً من التوائم المتماثلة و21 زوجاً من التوائم الأخوية أن نسبة التوافق الوراثي للتوائم المتماثلة قد بلغ 29 ٪، أما نسبته في التوائم الأخوية فقد بلغت 10 ٪. في حين وجدت دراسة Mohammed، 2005 التي اجريت على عينة 1870 زوجاً من التوائم بلغت 888 زوجاً من التوائم المتماثلة، و 982 زوجاً من التوائم الأخوية أن نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة بلغت نسبته 28 ٪ أما نسبته في التوائم الأخوية فقد بلغت 27 ٪.

2. **الاسباب العصبية:** يرى سيلي عندما يواجه الفرد حالة مستمرة من

الضغوط والمحن يستنفر الجسم دفاعاته وخاصة الجهاز العصبي، إذ يستنفر الجسم في البداية وسائله الدفاعية كتنشيط الغدة النخامية، وافراز هرمون الادرينالين، وزيادة مستوى السكر في الدم لانتاج الطاقة الحيوية فضلا عن زيادة كميات التنفس لادخال أكبر قدر من الاوكسجين، وزيادة ضربات القلب لدفع الدم في المناطق التي تساعد الفرد على ما يواجهه من ضغوط وخاصة الى العضلات. وحينما يستنفذ الجسم طاقاته ولا يتمكن من الإستمرار في المقاومة إلى ما لا نهاية، وتفشل الوسائل الدفاعية للجسم، تظهر لديه علامات الإعياء تدريجيا وتتوقف قدرة الفرد على التوافق، وتتوقف عملية إعادة بناء الأنسجة وتقل مقاومة الفرد ويصبح هزيلا ضعيفاً ويكون ذلك بسبب التوقف التدريجي للجهاز العصبي السميثاوي عن إنتاج الطاقة، ويبدأ الجهاز العصبي الباراسمبثاوي وظيفته فتبطيء أنشطة الجسم مما يصاحب ذلك أعراض إكتئاب أو سلوك ذهاني أو مرض جسمي كالقرحة، والربو والسكر وغيرها، وربما الموت أحيانا (العنزي، 2005).

3. **الأسباب النفسية** :ترجع الاسباب النفسية في ظهور هذا الاضطراب الى مبررات، وهي :

- الحرمان من العناية والحب والعطف مع وجود رغبة المضطرب الملحة في الحصول عليها .ومن هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب وحركة المعدة، إذ يستجيب الشخص للحرمان الذي يعانيه صامتا بالطموح الزائد، ومضاعفة الكدح والتظاهر بعدم المبالاة وإرغام نفسه على بذل الحب والعطف لغيره ..وهذه الحالات الانفعالية لدى الأشخاص المصابين بقرحات المعدة.

- الترعات العدوانية والثورة ضد السلطة، والتذمر من العمل، ومحاولة

تجنب المسؤولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكن حلها ولا تجنبها كما يحدث في حالات ارتفاع ضغط الدم.

- الخوف من فقدان الأم أو من يقوم مقامها كالزوجه مثلا في حالة بعض الأشخاص الذين لم ينضجوا انفعاليا ، أو الخوف من فقدان موضوع الحب حيث يظل هؤلاء الأشخاص متعلقين بالأم تعلقا طفليا كما في حالات الربو(عكاشة ، 1976).

- وتشير نصار (1992) إلى أن الأفراد الذين يعيشون تحت ظروف الاحتلال والأزمات والكوارث الطبيعية مثل الزلازل والفيضانات، يكونون غالباً أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات المرتبطة بالصحة النفسية والعقلية أكثر من الأفراد الذين لا يتعرضون لمثل هذه الأحداث الضاغطة.

- نمط الشخصية : منذ الستينات من القرن الماضي ظهرت في مجال العلوم الطبية والنفسية أنماط جديد من السلوك الشخصي (A) و (B)على يد العالمان Friedman & Rosenaman إذ اعتقدا أن النمط A من السلوك يظهر لدى الأشخاص ذوي الحساسية لتحدي عوامل البيئة الفيزيقية أو الاجتماعية وعرفا هذا النمط " بأنه عبارة عن مركب من الفعل والإنفعال يمكن أن يلاحظ في أي شخص عدواني منهمك في كفاح مرير ويريد المزيد من الإنجاز في أسرع وقت، ولو كان على حساب أي شيء آخر مما يعرضه للكثير من الضغوطات النفسية ويجعله عرضة لهذه الاضطرابات. في حين يتصف نمط الشخصية B وسلوكه على العكس من صفات النمطAحيث نجد لديه القدرة على الاسترخاء، وضعف الإحساس بالإثم، والتأني في العمل والعمل من دون إحباط، وليس لديه حاجة الى التفوق على أي شخص ما، لذا قليلا ما يتعرض هؤلاء إلى اضطرابات أو نوبات قلبية

(يوسف، 1993).

التشخيص

من اجل تشخيص الاضطرابات النفسجسمية يجب اولا الاهتمام بالفحص الطبي الشامل، واستطلاع تاريخ حياة المريض، وتاريخ المرض، وتكوين وبناء الشخصية. ويلاحظ على المريض في هذا النوع من الاضطراب انه لا يعترف بسهولة بأن مرضه نفسي جسمي ولكنه يصر على أنه جسمي فقط، ويلاحظ أيضا انه عند معرفة المريض بهذا التشخيص تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ، وقد تزداد حدة نوبة المرض بشكل واضح اثناء محاولة التشخيص. ومن العلامات الدالة على ان الاضطراب نفسي جسمي :

- وجود اضطراب انفعالي يعد عاملا مسببا.
- ارتباط الحالة بنمط معين من انماط الشخصية.
- وجود اضطراب نفسي جسمي سابق لدى المريض.
- وجود تاريخ مرضي في الاسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه له.
- ان سير المرض يكون تدريجيا (زهران، 1988).

لذا فأن الاضطرابات النفسجسمية من الصعب تشخيصها، وللسهولة يقترح (Pribor et.al 1993)، اختباران يساعدان في تشخيص المريض:

1. الفحص الجسمي للمناطق التي يشتكي منها المصاب.
2. التقييم الإكلينيكي الشامل للأعراض التي يشكو منها المريض، وهذا يحدد إذا ما كان الألم الذي يشتكي منه المريض سببه مرض جسدي ام ناتج عن ضغوطات نفسية.

لذا عندما يستثنى العرض الطبيعي يقدم الاختبار النفسي للمريض لتحديد الاضطراب ذي العلاقة بأعراض المرض (Pribor et.al 1993)،

ويذكر (زهران، 1988) ان من واجب الاختصاصي النفسي التفريق بين الاعراض السيكوسوماتية والهستيرية، وفيما يلي اوجه الاختلاف بين الاثنين :

الهستيريا	المرض النفسي الجسمي
يصيب الاعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي	يصيب الاعضاء التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي الذي لا يمكن السيطرة عليه
تعدالاعراض رمزية غير مباشرة، وتعبر عن دوافع مكبوته وتخدم اغراض شخصية لدى المريض	الاعراض عبارة عن نتائج مباشرة لمشكلات نفسية تخل بتوازن الجهاز العصبي الذاتي

العمر والانتشار

تختلف الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية باختلاف الجنس، فبعض الاضطرابات تكون أكثر شيوعًا لدى النساء مقارنة بالرجال فمثلا حالات روماتيزم المفاصل أكثر شيوعا لدى النساء، وحالات الربو تكون ضعفها بين الأولاد عن البنات وتنعكس النسبة عندما يتقدم السن. وقد يصاب الفرد باضطراباتٍ سيكوسوماتية مختلفة ومتعددة، وتختلف الحالة من شخص لآخر، فالبعض يصاب باضطراب أو عدة اضطرابات (الزراد، 2000) وتقدر حاليا نسبة انتشار المرض من 0,02 – 2 ٪ وهو لدى الإناث أكثر بقليل من الذكور، علما أن الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي تختلف باختلاف الثقافات، فالإحساس بزحف الديدان على الرأس على سبيل المثال أو زحف النمل تحت الجلد يظهر في الدول الأفريقية وجنوبي آسيا أكثر من الدول الأمريكية الشمالية (Phillips، 2008) وتشيع هذه الاضطرابات في الحضارات المعقدة التي ينتشر فيها القلق والصراع والتنافس والاستثارات الجنسية والغيرة. وهي أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة، والطبقة العمالية والقوات المسلحة. كما وتشير الدراسات أن حوالي 40- 60 من المصابين بهذا الاضطراب يترددون على الاطباء ذوي الاختصاصات الجسدية فقط (زهران- 1988).

العلاج

تستعصى الاضطرابات النفسية الجسمية على العلاج الطبي او الجسمي وحده أو العلاج النفسي وحده، ولذلك فمن الضروري استعمال كلا العلاجين (زهران، 1988). وعلى الرغم من أن لكل عضو وحالة نفسجسمية اسلوب خاص في العلاج، إلا أن هناك خطوط عامة في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية، وهي :

1. العلاج بالعقاقير المهدئة من اجل تقليل الضغوطات النفسية والشعور بالراحة. وهذه العقاقير مثل الليبريوم، والفاليوم، والانسدون، والبارستلين، وسيناكوان ستيلازين.
2. العقاقير الجسمية الاخرى التي تخفف الالآم والاعراض العضوية، فلا يمكن ترك الربو يشد الخناق على المريض، ولا الحكه وهي تقضي مضجعه.
3. العلاج النفسي الفردي من اجل استخراج الافكار والرغبات المكبوتة وغير المقبولة من قبل المريض، والتي تكون سببا رئيسا في ظهور هذه الاضطرابات لديه، فاستخراجها يخفف من شدتها وكربها على المريض نفسه. ومن طرقه الآتي :
   - الايحاء عن طريق العلاج النفسي السطحي والدعم والتشجيع والتوعية.
   - الايحاء بالتنويم المغناطيسي أو تحت مفعول التخدير بالبنتوثال.
   - التحليل النفسي للاعماق بالاساليب الفرويدية (التداعي الحر).
   - التحليل النفسي بطريقة ادلر او يونج.
4. العلاج عن طريق الاسترخاء او التحكم الذاتي والتركيز وهو ما يشبه رياضة اليوجا. ولهذه الطريقة فعاليتها بعلاج ضغط الدم.

5. العلاج النفسي الجماعي، وذلك من خلال معالجة مجموعة من المرضى في مكان واحد، بحيث تصبح الجماعة بيئة علاجية لكل فرد فيها، فضلا عن ذلك تزود هذه المريض بالاطمئنان والثقة والامن والتمكن من التعبير عن مخاوفه والمصاعب التي يواجهها (الدباغ، 1983).

الهستيريا (الاضطراب التحولي)

حالة مرضية

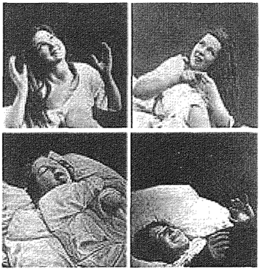
شاب يبلغ من العمر 22 عاما، وهو حسن المظهر وذكي، ونشأ في اسرة تميل الى الموسيقى والغناء. وقد حاول والداه أن يجعلا منه مغنيا فدفعاه الى تعلم الموسيقى والغناء وبذلا في ذلك كثيرا من الجهد، وعهدا به الى احد مدرسي الموسيقى بتدريبه على الغناء. وبذل المدرس معه جهدا كبيرا، وكان يصرح له بأنه سيصبح مغنيا عظيما، فأخذ الشاب يمني نفسه بذلك، كما اخذ اهله يرقبون اليوم الذي يرونه فيه من كبار المغنين.

ثم حدث أن اصيب هذا الشاب بنوبة برد لم تستمر معه إلا بضعة أيام، ومن ثم زالت بعد ذلك جميع أعراض البرد، ولكن الشاب استمر بعد ذلك يشعر بالاحتقان في الحنجرة وتصلب في الاوتار الصوتية مما منعه عن مواصلة التدريب على الغناء. ولم يستطع الاطباء الاختصاصيون في الحنجرة أن يجدوا علة بدنية معينة في الحنجرة تسبب ما يشعر به. ولذلك أحيل الشاب الى العلاج النفسي. وقد تبين من دراسة هذا الشاب أن والدته كانت مياله الى الغناء، وكانت تدفعه الى تعلم الغناء، وكانت تمنيه دائما بأنه سيصبح مشهورا، غير أن هذا الشاب لم يستطع أن يحقق أي نجاح ملحوظ في الغناء بالرغم من التدريب المستمر على الغناء طوال خمس سنوات.

وابتدأ الشاب يشعر بالخوف من الفشل في تحقيق أمنيته في أن يصبح مغنيا ناجحا، ولكنه يكبت كل شعور أو فكرة تخطر بباله عن هذا

الفشل، لأنه كان يرى في هذا الفشل خطرا يهدد مكانته الاجتماعية في نظر والديه واصدقاءه، كما كان يرى فيه خطرا يهدد فكرته عن نفسه. وبدأ الشاب يشعر بقلق استمر معه مدة طويله، إلى أن اصيب ذات يوم بنوبة برد شعر بعدها باحتقان الحنجرة وتصلب الاوتار الصوتية. مما كانت هذه الاعراض الوسيلة التي لجأ إليها الشاب بطريقة لاشعورية للتخلص من الألم النفسي الذي كان يمكن أن يصيبه لو اعترف لنفسه ولأهله واصدقائه بالفشل في الغناء (نجاتي، 1988).

التعريف والوصف



تصنف هذه الحالة ضمن اضطراب الهستيريا. وكان هذا الاضطراب محط غموض و جدل لآلاف السنين فأسيئ استعماله لدى العامة وأصبح يرادف كلمة الجنون. وأول تسمية أطلقت على الهستيريا من قبل اليونانيين حيث أطلقوا عليه بمرض الرحم Hystera. وسمي في العصور الوسطي بمرض الشيطان(فرغلي، 2004).

ومع ذلك فقد تم تحديد مرض الهستيريا علميا في نهاية القرن التاسع عشر من قبل الطبيب "جين مارتن جاركت" Jean-Martin Charcot، وعالم النفس "سيجموند فرويد" Sigmund Freud، والطبيب النفسي "بيير جانيت" Pierre Janet عندما ركزوا على دراسة هذا الموضوع. في حين يرجع تعبير "التحولي" conversion من أصول نظرية فرويد عن القلق إذ يتحول القلق لدى فرويد إلى أعراض جسدية (صالح، 2013).

وتعرف الهستيريا بأنها اضطراب يتميز بتحول الصراع النفسي الى صورة اضطرابات بدنية دون أن تكون هنالك علل عضوية يمكن ان تسبب هذه الاضطرابات، وهذه الاضطرابات هي في الواقع بمثابة محاولات للهروب من الصراع النفسي وللتخلص من القلق الذي ينشأ عنه (نجاتي، 1988).

أو الهستيريا حالة من الاضطراب القلقي يظهر من خلاله المصابين أعراض عصبية بيولوجية مثل الخدر numbness، والعمى blindness، والشلل paralysis، أو نوبات بدون أساس عصبي، وهذه تظهر لدى المصاب كاستجابة للمشكلات والصعوبات التي يواجهها في الحياة (American Psychiatric Association، 1994).



على سبيل المثال إن الشخص الذي يغمى عليه حينما يسمع خبرا مؤلما أو يرى منظرا فاجعا تعد من الحالات الهستيرية، فليس الاغماء في الواقع هنا إلا هروبا من المواقف المؤلمة التي لا يستطيع الانسان تحملها. وكذلك الطالب الذي يشعر بالحمى في صباح يوم الامتحان، فيجد في المرض وسيلة للهروب منه أو ما قد يسبب له من فشل مؤلم. وايضا الجندي الذي يصاب بالفشل حينما تؤمر فرقته بالذهاب الى ميدان المعركة، فيجد في الشلل وسيلة للهروب من الاشتراك في المعركة وما تسببه له من خوف وفزع (نجاتي، 1988).**والغرض الأساسي من ظهور أعراض الهستيريا هو الهرب من القلق الشديد غير المحتمل أو** للهروب من مواقف حرجة أو للحصول علي الاهتمام والحنان الكافي، فعندما تواجه اى ضغط خارجي لا تتحمله تحدث الاعراض الهستيرية (إغماء - تشنج – شلل هستيري – فقد النطق - أو غيره) (علي، 2010).

وتفسر التحولات في الجهاز الحسي والحركي لدى مريض الهستيريا التي تظهر نتيجة الاضطرابات الانفعالية بأن الانفعالات المزمنة تتحول إلى أعراض

جسمية ليس لها أساس عضوي والغرض من ذلك – كما ذكرنا سابقا - هروبا من الصراع النفسي أو من القلق إو من موقف مؤلم مما يدفع الهستيري الى التمارض . وفي الهستيريا تصاب مناطق الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي (الأردي) مثل الحواس وجهاز الحركة، وهذا غير المرض النفسي الجسمي حيث تصاب الأعضاء التي تحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي). ويطلق البعض على الهستيريا اسم " الهستيريا التحويلية " أو "رد فعل التحويل " أي التي تعني تحويلا جسميا لأمور نفسية نظرا لأنها تعتمد على حيلة دفاعية نفسية أساسية هي التحويل حيث تحول الانفعالات والصراعات إلي أعراض جسمية كحل رمزي للصراع (الدباغ، 1983) و(زهران، 1988).

الإعراض الرئيسة للهستيريا

لا توجد كل أعراض الهستيريا مجتمعة في مريض واحد، بل يظهر لدى المصاب على الأقل واحد من الأعراض الآتية التي قسمها كل من (الدباغ، 1983) وCDI)،(2001 و(عكاشة، 2003) (الكحيمي وأخرون، 2003) و(الزعبي، 2006) :

أولا: الأعراض الحركية :

1- **اللازمات العصبية** Tics :



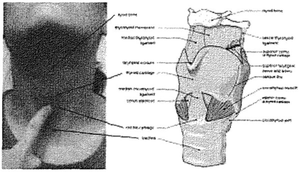
هي حركات عضلية فجائية لا إرادية منتظمة، تتكرر بغض النظر عن وجود مثيرات طبيعية تسببها وتزيد في المواقف الحرجة، ومن الأمثلة على ذلك ارتجاف عضلات الوجه، أو ارتعاش أجفان العيون، أو حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلي الجانب، أو المبالغة في حركة اليدين، واللعب بالشارب، وهز الكتف، وقد تظهر هذه الحركات

في البداية وكأنها تخدم أغراضاً اجتماعية كالسعال، والضحك المبالغ فيه أثناء الحديث.

2- الشلل Paralysis :

وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية انتشاراً، حيث تظهر عادة في شلل أحد الأطراف، أو شلل نصفي في الذراع والساق، أو شلل في الساقين، وأحياناً شلل في حالة ارتخاء شديد، ويصبح المريض غير قادر على الحركة، ويحتاج إلي عناية طبية.

3- اللقمة العصبية (صعوبة البلع) Globous Hysteria :



وتكون بعدم قدرة المريض على البلع إلا بصعوبة بالغة بالرغم من انتفاء أية أسباب عضوية في الحلق أو البلعوم تعيق ذلك، ومثال ذلك حالة امرأة شابة كانت تجد صعوبة كبيرة عند بلع الطعام مما دعا زوجها إلي مراجعة الطبيب، وتبين أن المريضة وزوجها كانا على علاقة طيبة، وكان زوجها طبيباً، وتشعر بالمتعة عندما تقوم بتلبية حاجاته في بلد الاغتراب، ولكن الوضع قد تغير حين حضرت والدة الزوج في زيارة لابنها لتقيم معهم لفترة غير محدودة، حيث أصبحت الزوجة المريضة تقوم بخدمة عمتها المسيطرة، والتي أصبحت تتحكم في أمور المنزل، ولما حاولت الزوجة أن تشكو هذا الأمر لزوجها، كان جوابه أنه لا يريد أن يسمع منها ذلك مرة أخرى، وبعد أسابيع قليلة ظهر عند الزوجة صعوبة في البلع، وقد اتضح معني اضطراب المريضة خلال العلاج، حيث بدأت تكشف عن علاقتها بأم زوجها، واعترفت بأنه قد أعياها احتمال تصرفاتها، وقد خفت الأعراض حين قررت أم الزوج العودة إلي بلدها.

4- **فقدان الصوت** Aphonia :

ويتجلي ذلك في عدم قدرة المريض على إصدار الصوت إلا همساً، وفقدان الصوت الهستيرى يختلف عن الحالات العضوية، فعند سؤال المريض أن يسعل ويصدر من خلال ذلك صوتاً، فإننا نستنتج أن الحالة هستيرية، ويمكن أن يحدث مثل هذا العرض عندما يواجه الفرد بموقف يتطلب منه الاعتراف بأخطاء يصعب معها مواجهة الحقيقة.

ثانيا: الآلام الهستيرية Hysterical Pains :

وهي كثيرة الانتشار، إذ كثيراً ما تشخص بطريقة خاطئة، ويستمر المريض في التردد على الأطباء، ويعالج من صداع نصفي، أو التهاب في المعدة، أو مرض في البروستات، أو روماتيزم ... الخ، ولكن السبب الرئيسي يكون هستيرياً، حيث يحقق المريض من وراء مثل هذه الأمراض جذب الاهتمام والحنان، ومثل هذه الآلام الهستيرية تنتشر كثيراً عند الزوجات التعيسات في حياتهن الزوجية، أو عند الرجال الذين يواجهون مشاكل مع رؤسائهم في العمل أو مع الزملاء، أو مع الطلبة الفاشلين دراسياً ليكون عندهم المبرر الكافي لمواجهة لوم الأسرة والأصدقاء عند الرسوب .... الخ.

1- **العمى الهستيرى** :



يحدث العمى الهستيرى فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة، حيث يرغب الفرد لاشعورياً في عدم رؤية ما لا يستطيع تحمل رؤيته، كالفتاة التي فقدت إبصارها بعد رؤيتها لزوجها في ليلة زفافها في وضع مخز مع شقيقتها، حيث فقدت الذاكرة لهذه الحادثة وأصابها العمى، واستمرت في حياتها الزوجية، وعند علاجها وتذكرها للحادثة ووضوح الرؤية أمامها، واجهت الواقع

وطالبت بالطلاق، وذلك بعد أربعة عشر شهراً من الزواج.

2- **الصمم الهستيرى** Hysterical Deafness :

وفيه نجد المريض يفقد فجأة القدرة على السمع دون أن يكون هناك سبب عضوي لهذا الصمم، حيث يرغب المريض لاشعورياً عدم السماع لحادث أو خبرة مؤلمة مؤذية، ومثال ذلك الزوجة التي كانت تسمع زوجها يداوم على المكالمات الهاتفية مع السيدات، ويغازلهن علناً أمام زوجته، فقد وجدت الزوجة نفسها فجأة مصابة بالصمم، وقد عولجت عند العديد من الأطباء لفترة طويلة قبل اكتشاف السبب الرئيسي لمرضها ورغبتها اللاشعورية في عدم سماع زوجها وهو يتحدث مع السيدات في الهاتف.

3- **فقدان الإحساس** Anaesthesia :

وفيه لا يستطيع الفرد الشعور بأي ألم عند وخزه بآلة مدببة، أو عند تعرضه للحرارة إذا يفقد الإحساس في مناطق معينة من الجسم، أو في كل الجسم، وقد يصاحب فقد الإحساس في الجزء المصاب شللاً هستيرياً.

4- **النوبات الهستيرية** Hysterical fits :



تكثر النوبات الهستيرية عند الشخصيات الهستيرية، حيث تتراوح شدتها من إغماءة بسيطة، إلي تهيج عصبي مع تحطيم كل ما هو أمام المريض، ومن الصعب أحياناً تمييز مثل هذه النوبات عن النوبات الصرعية خاصة وأن العلاج في كلتا الحالتين مختلف تماماً، ويمكن التمييز بين النوبات الهستيرية والصرعية وفقاً للآتي :

- تحدث عادة في وجود الكثير من الأقرباء، وبعد أزمة انفعالية، بعكس النوبة الصرعية التي تنتاب المريض في أي وقت بغض النظر عن الزائرين وأحياناً أثناء النوم.

- لا يؤذي المريض نفسه أثناء النوبة الهستيرية كما يحدث في الصرع من عض اللسان، وقطع الشفة، وكسر بعض الأسنان أو العظام أو الوقوع على آلة حادة وإصابة المريض.
- نادراً ما يتبول المريض على نفسه أثناء النوبة الهستيرية، ولكنها غالباً ما تحدث في الصرع.
- تأخذ النوبة الصرعية شكلاً مميزاً فتبدأ بصرخة من المريض يعقبها وقوعه فجأة على الأرض مع تيبس وتخشب كامل في كل جسمه، ثم تبدأ عضلاته في الاختلاج بشدة، يعض أثناءها لسانه، أو يتبول على نفسه، ويزرق لونه ثم يبدأ في التنفس بشدة مع ظهور رغاوي أحياناً يصحبها بعض الدم، ويستمر المريض في غيبوبة بعد ذلك لمدة دقائق تمتد إلي نصف ساعة أحياناً يفيق بعدها في حالة صداع ونعاس وإرهاق جسمي تام.أما في النوبة الهستيرية فيقع المريض على الأرض دون أي أذي، وأحياناً تزيد سرعة تنفسه، وتتشنج أطرافه، ولكن لا يتغير لونه، وإن لمسه أحداً فإنه يثور ويتهيج، ويكسر ما حوله ويخبط برجليه على الأرض، ثم يفيق بعد ذلك في حالة سليمة سوية بعكس الصرع، وما نراه في كثير من السيدات اللائي يصيبهن إغماءات بعد الانفعالات الشديدة، ثم يعدن لوعيهن بعد شم بعض الروائح أو النشادر ما هي إلا نوبات هستيرية وتحدث للتعبير عن صراعات داخلية في حياتهن الزوجية والعاطفية وللهروب من مواقف حرجة.

ثالثا : الأعراض الحشوية :

1- الصداع :

عند إصابة الفرد بالصداع سرعان ما يتناول بعض الحبوب المهدئة، كالأسبرين، وذلك لتتحسن حالته، ولكن الصداع قد يتكرر، وتكون أسبابه نفسية كالقلق والاكتئاب، كما أن الهستيريا تلعب دوراً مهما في نشأة هذا

المرض، ومثال ذلك الطالب الذي يعاني من الصداع في نهاية العام الدراسي بالرغم من رغبته الشعورية في الاستذكار، ولكن الصداع يمنعه من ذلك، حيث تظهر عمليات الدفاع اللاشعورية حتى لا يواجه الحقيقة في تقصيره عند تأدية واجبه أثناء العام الدراسي، كما أن بعض السيدات يعانين من الصداع في الأيام التي يحاول فيها أزواجهن عملية الاتصال الجنسي، أو في الأيام التي تتلوها، وذلك دليل على سخطهن وعدم رضائهن، ومحاولة الهروب من العملية.

2- **السعال الهستيرى :**

يعبر السعال الهستيرى عن رغبة لاشعورية لدى الشخص في الاحتجاج على موقف لا يستطيع أن يفصح عنه بصراحة، أو النفور من حدث ما، ولا تفيد هنا العقاقير المضادة للسعال.

3- **الحمل الكاذب :**

ويتمثل في انقطاع الطمث، وانتفاخ البطن مع عدم وجود حمل حقيقي، وقد تستمر المريضة في الحمل الكاذب أكثر من تسعة أشهر، مما يثير تساؤل الأهل حول هذا الحمل، ويتضح بعد ذلك أن الحمل دليل على رغبة المريض اللاشعورية في الحمل خوفاً من اتهامها بالعقم.

4- **الغثيان والقئ الهستيرى :**

يحدث الغثيان عند بعض الأشخاص، بوصفه دليل على الرفض اللاشعوري أو الاشمئزاز من موقف معين، وهذا ما يحدث عند النساء أكثر من الرجال، فيكثر لدى طالبات الجامعة قبل الامتحان، أو عند تناول الطعام في المنزل، مما يثير التقزز والقئ الهستيرى .

أنواع الهستيريا

بناءا على الاعراض السابقة للهستيريا توصل الاطباء النفسانيين وعلماء النفس الى نوعين من الهستيريا، هما :

اولا : الهستيريا التحولية Conversion

وهي أكثر شيوعاً بين النساء ويتميز باختلافات عريضة من الأعراض الجسمانية ، وقد تؤثر الأعراض في العضلات مؤدية إلي الشلل أو التشنجات. أو الحركات الشاذة. وقد تؤثر على الحواس مما يؤدي إلي فقدان الحساسية أو العمى أو الصمم أو تؤثر علي الجهاز الهضمي مما قد يؤدي إلي فقدان الشهية أو القئ ، وتختلف الأعراض الجسمانية في الهستيريا عن أعراض الأمراض العضوية إذا أن الإضطرابات الوظيفية في الهستيريا لا تتفق والتشريح العصبي ، ولكنها تساير المفهوم العام عن وظيفة العضو فالمريض مثلا الذي قد يصاب بشلل هستيريا وفقدان الحساسية في طرف من أطراف يصاب بالشلل من كل ذراعه وفي يده من الكوع إلي أطراف الأصابع. ولا توجد إصابة في الجهاز العصبي من الممكن أن تؤدي إلي مثل هذه الإصابة الهستيرية. والمرضى الهستيريون لا يبالون عادة أو يهتمون لما قد يبدو خطيراً ومعجزاً من الإضطرابات الوظيفية.

ويشخص الطبيب المعالج مرض الهستيريا في حالة ظهور الأعراض الجسمانية بالفحص الجسماني العام، واختبار الأفعال المنعكسة للمريض، فإذا ما ستبعد احتمال الأسباب الجسمانية بحث في الموقف الذي بدأ فيه ظهور المرض، إذا يؤدي هذا في كثير من الأحيان إلي إثبات عجز المريض عن مجابهة موقف شاق عسير عليه ، كالفتاة التي تتزوج وهي كارهة ، فتصاب بالشلل أو العمى في اليوم المحدد لزفها ، والشاب الذي يعتريه ألم في معدته وقئ يوم الإمتحان فيستحيل عليه الذهاب لتأديته.

ويفسر ظهور العرض في عضو معين بواحد من التفسيرات الثلاثة الآتية:

أولها: حالة هذا العضو السابقة ، إذ قد يكون العضو نفسه ضعيفاً أصلاً فيهيئ هذا الضعف المجال لظهور العرض فيه. كالشخص الذي تعرض لأمراض في العين، فيظهر العرض الهستيري عنده في شكل إصابة بالعمى.

وثانيها: الوظيفة التي أداها العضو المصاب في مواقف سابقة حقيقية في حياة الفرد فإن كان الفرد قد مر بخبرة مخيفة أفزعته – ومن أعراض الخوف الشعور بضيق في التنفس – فإن مجرد إستثارة الخوف والقلق يؤدي إلى الشعور بأزمة من أزمات التنفس التي تشبه في حالتها ضيق التنفس أثناء الخوف الذي مر به في الموقف السابق.

وثالثها: قيمة العضو الرمزية، فالشاب الذي يقاسى من صراع وشعور بالذنب لممارسة العادة السرية، قد يشعر بشلل في يده أو ذراعه كله بحكم أنه استخدم ذلك العضو كآلة مساعدة في أداء هذه العملية.ومما يجب أن تؤكده أن هذه الأعراض ليست أعراضاً مصطنعة، إذا لا أدعاء فيها ولا تزييف من ناحية المريض (فرغلي، 2004).



ثانيا: الهستيريا الانشقاقية (التفككية): (Dissociative)

والهستيريا التفككية شكل آخر من أشكال الهستيريا وفي هذا النوع من العصاب تكون الصعوبة الأولى تغيرا في حالات الشعور بدرجات مختلفة من الحدة. ولعل أبسطها وأكثرها شيوعاً فقدان الذاكرة Amncisa وفيها يفقد المريض ذاكرته بالنسبة لأحداث في حياته تتراوح من ناحية الزمن من عدة ساعات إلي كل الحياة وبالطبع تؤثر هذه الحالة تأثيراً خطيراً في هوية المريض. وقد يتناوب فقدان الذاكرة بفترات من الذاكرة العادية وفي كل حالة يستطيع المريض أن يتذكر فقط الأحداث المرتبطة بهذا الطور من الشعور الموجود في أي لحظة. وفي حالات الهروب Fugue فإن المريض لا يفقد ذاكرته فقط لحياته السابقة، ولكنه بشكل خاص يهاجر

بعيداً عن موطنه وفي الموطن الجديد يتخذ هوية جديدة وحياة جديدة حتى تعود له ذاتيته الحقيقية فجأة فيصحو في دهشة عن المكان الذي فيه وماذا يفعل.

- ازدواج الشخصية أو تعددها، وتظهر هذه الحالة ضمن الهستيريا الانشقاقية، ويقال أنه كان مألوفاً في القرن 19 لأسباب لازالت غير معروفة أصبح نادراً اليوم. وفي أزدواج الشخصية تظهر لدى المضطرب شخصيتان منفصلتان تتواجدان في جسد واحد وتظهر كل شخصية وتبدي من السمات ما يخالف الشخصية الأخرى تماماً وتكون إحدى الشخصيتين (الشخصية السوية) طيبة وحسنة السلوك ولا تعرف شيئاً عن الشخصية الأخرى، بينما تكون الشخصية الثانوية مخلوقة تسطير عليها حواسها، وتعرف كل شيء عن الشخصية السوية، وتحتقر سلوكها الطاهر، وتقوم بحيل لتسبب لها الإحراج والضيق.
- وتتبادل هذه الشخصيات الأدوار في حياة الفرد. وهذه الحالات نادرة، ومن أمثلتها قصة "دكتور جيكل و مستر هايد"، وقصة " سيدة الأقمار السبعة" وقد تشكك الكثيرون في صحة هذه الحالات، ويري بعضهم أن الشخصيات المختلفة قد توجد في الشخص بإيحاء من المعالج لأن الشخص الهستيري يسهل الإيحاء إليه عادة (فرغلي، 2004).

تشخيص الهستيريا

يجب التفريق بدقة بين الهستيريا والمرض العضوي. وعلى الاختصاصي النفسي التأكد من خلو الاسباب العضوية للاعراض، واستبعاد وجود مرض عضوي. فالعرض الهستيري يختلف عن العرض المرضي في أنه غير دقيق من الناحية التشريحية. على سبيل المثال يمكن التفريق بين الصرع الهستيري ومريض الصرع العضوي، فنجد أنه في حالة الصرع الهستيري يصاب المريض بالنوبة الهستيرية وسط الناس، ويقع في مكان آمن بحيث لا يصاب. كما أنه لا يتبول بصورة لا ارادية اثناء النوبة، ولا يعض لسانه، ولا تختفي الانعكاسات لديه. بينما

في مريض الصرع العضوي نجده يقع في أي مكان ودائما نجد فيه اصابات وكسورا وجروحا، وقد يتبول بصورة لا ارادية، وقد يعض لسانه، فضلا عن اضطراب موجات المخ الكهربائي لديه. وعلى العموم يضع الطبيب النفسي Collins عدة مؤشرات تساعد على تشخيص حالة الهستيريا، هي:

- حدوث الاضطراب فجأة أو في صورة تمثيلية.
- عدم مبالاة المريض بمرضه، ونجده هادئ نفسيا عندما يتحدث عن اعراض مرضه.
- التعرض للضغوطات والالآم النفسية قبل حدوث المرض.
- وجود مكسب ثانوي من وراء المرض.
- تغير الاعراض من خلال عملية الايحاء.
- اختلاف شدة الاعراض في شدة وجيزة.
- عدم النضج الانفعالي قبل المرض.
- نقص العلاقة الارتباطية بين الاعراض النفسية والناحية التشريحية للاعصاب الحسية والحركية، لان هذا المرض ذو اصول نفسية وليست عضوية (زهران، 1988)

الاسباب

1. الاسباب الوراثية : للوراثة دور لا يستهان فيه في ظهور اضطراب الهستيريا لدى الافراد. فتشير الدراسات العائلية، ومنها دراسة Hill & Hill، 1979 : التي أجريت على 135 زوجاً مكون من الأمهات وأبنائها، أن درجة الارتباط الوراثي بين الأمهات والأبناء قد بلغ 0,13. كما وجدت دراسة Hossein, et.al، 2008 التي أجريت على 335 عائلة من أجل تعرف مدى نسبة انتشار الاضطراب التحويلي بين الأقرباء من الدرجة الأولى ان نسبة الانتقال الوراثي قد شكل نسبة قدرها 8 ٪.

اما على صعيد دراسات التوائم فقد وجدت دراسة Young,1971 التي أجريت على مجموعة من التوائم أن الارتباط الوراثي للهستريا قد بلغ 0 ,48 للتوائم المتماثلة في حين بلغ معامل الارتباط للتوائم الأخوية 0,22. في حين وجدت دراسة Bouchard، 1996 التي أجريت على عينة مكونة من 65 زوجاً من التوائم عبر تطبيق مقياس مينسوتا أن نسبة التوافق الوراثي في الاضطراب التحولي قد بلغ 26 ٪.أما دراسة Alexander، 2008 التي أجريت على مجموعة من التوائم المتماثلة وجدت نتائجها أن نسبة التوافق الوراثي قد بلغ نسبة قدرها 31 ٪.

2. **الاسباب النفسية** : إن اعراض الهستيريا هي عبارة عن وسائل دفاعية لا شعورية يعبر عنها المريض نتيجة الصعوبات والحوادث المفاجأة التي يتعرض لها، مثال ذلك وفاة أحد الأقرباء، أو خسارة مال، والطلاق.. وغيرها فهذه الأعراض تظهر فجأة بعد ظهور الحادث أو الخبر المزعج) CDI، (2001 ويوجد تفسيران للأعراض التحويلية غير التفسير الوراثي :

- المكسب الأولي : ويشير إلى وجود صراعات داخلية لاشعورية أو حاجات لا شعورية تريد أن تعبر عن نفسها، ولكن المريض لا يستطيع فعل ذلك لأسباب بيئية كابته مع وجود مثيرات بيئية تثير هذه الصراعات والحاجات، فعلى سبيل المثال : المرأة التي ترفض الزواج من أحد الأشخاص ولا تستطيع أن تعبر عن رفضها علناً بالزواج منه بسبب عقاب الأهل، فإنها تعبر عن هذا الرفض بصورة تحويلية من خلال التقيؤ مثلا أو الإصابة بالعمى.
- المكسب الثانوي : ويشير أن أعراض الاضطراب التحويلي تظهر لأنها تجلب المنفعة والفائدة إلى الشخص المصاب مثل الحب والاهتمام والعاطفة والمساندة والتخلص من مثيرات كريه ومخيفة، مثل الجندي الذي يصاب بالشلل وسط ميدان المعركة.

ويظهر الاضطراب التحويلي في أي عمر، ولكنه نادر الحدوث في عمر اقل من عشر سنوات أو في الشيخوخة ولكنه يظهر بصورة نموذجية ما بين العشرين ونهاية الثلاثينيات من العمر، فضلا عن أن الاضطراب يظهر لدى النساء اكثر من الرجال، إذ يصاب به رجلان مقابل كل ست نساء (Carson et.al 2000)، (Deveci و et.al، 2007)

ومن الاسباب النفسية الأخرى :

- ضعف نضج شخصية الفرد، وضعف قدرته على التخطيط للحياة وأدراتها.
- تقمص الشخص الهستيري سمات احد والديه المصاب بالهستيريا او اعراض هذا الاضطراب.
- الصدمات النفسية الشديدة مثل حب فاشل، وفقدان شخص عزيز، او جرح وحرق بليغ (العاسمي، 2005)

العمر والانتشار

يظهر اضطراب الهستيريا في أي عمر لكنه نادر الحدوث تحت عمر 10 سنوات أو في مرحلة الشيخوخة. فتشير الدراسات أن الهستيريا يظهر في أواسط العمر، وخاصة في نهاية الثلاثينات من العمر. ويعد اضطراب الهستيريا الى جانب اضطراب الرهاب من اكثر الاضطرابات العصابية انتشارا فيقدر نسبة انتشار اضطراب الهستيريا بين 11 الى 21 لكل من100,000 شخص من مجموع السكان. فضلا عن ذلك ينتشر اضطراب الهستيريا بين النساء أكثر من الرجل، فيقدر نسبة انتشار الهستيريا لدى النساء 6 مقابل 2 من الرجال (Deveci et.al، 2007)

العلاج

قد تكون الهستيريا في بعض الحالات وقتية وتشفى تلقائياً خاصة إذا لم تحقق هدفها في حين تتطور بعض الحالات وتصل الى درجة الاضطراب المزمن، وأهم أشكال العلاج:

1. العلاج بواسطة التحليل النفسي : يتناول هذا العلاج تركيب الشخصية بهدف تطويرها وتنميتها ، وقد يستخدم المختص النفسي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض، ويؤدي الإيحاء والإقناع دوراً مهماً هنا ، لذا يكشف التحليل النفسي عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض، والدوافع اللاشعورية وراءها ومعرفة هدف المرض. ويقوم المعالج بالشرح الوافي والتفسير الكافي للأسباب ومعنى الأعراض، وكذلك يفيد العلاج النفسي التدعيمي ومساعدة المريض على استعادة الثقة في نفسه وتعليمه طرق التوافق النفسي السوي والعيش في واقع الحياة (العاسمي، 2005).
2. العلاج السلوكي : ويستعمل العلاج السلوكي لإزالة العرض أيضا حيث يرتبط اختفاؤه بالتقبل والطمأنينة (بعكس الذي يجري عادة حيث تلتف الأسرة حول المريضة – مثلا – أثناء الإغماء وتهملها تماما وهي سليمة) (فرغلي، 2004).
3. العلاج الاجتماعي البيئي بتعديل الظروف البيئية المضطربة التي يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته. لذلك يهدف إلى إبعاد المريض عن الجو الذي يثبت العرض بعض الوقت (العاسمي، 2005).
4. العلاج الدوائي: إذا كان يصاحب الأعراض الهستيرية اكتئاب أو قلق شديدة فيفضل إعطاء المريض أحد مضادات الإكتئاب أو القلق بجانب العلاج النفسي.

توهم المرض (المراق - الوسواس المرضي) Hypochondria

حالة مرضية

موظفا، عمره (37 سنة)، ومتزوج منذ (12 سنة)، ولم ينجب... ويعمل موظفا في بنك، جاء يشكو من آلام حول صدره وفي أسفل ظهره... و " مغص في معدته، وانفجار في مخي، وزي شكشكة في طراطيف صوابعه... والكبد غير منتظم مع المرارة... ومعدته غير جيدة "...

وكان كلما أقنع بأن هذا العضو سليم حسب الكشف والتحليل، أشتكى من عضو آخر... وهكذا. وقد كان لا يستمر على علاج يعطى له أبدا، ولا يحضر في مواعيد العلاج النفسي، وكان يبدو في قرارة نفسه وكأنه لا يريد أن يتخلص من هذه الأعراض رغم شكواه بالألفاظ منها... ثم انقطع تماما عن العلاج بعد عدة أسابيع.. ورجع الى الاطباء ذوي الاختصاص الجسدي يبحث عن علاج لمشكلته التي لا يريد حلها (البنا، 2005).

التعريف والوصف



ويشار إليه أحيانا بفوبيا الصحة أو قلق الصحة health phobia or health anxiety وهو الانشغال أو القلق المفرط بالإصابة الجدية أو الخطرة بالمرض، إذ يصبح المصاب بالمراق أو الوسواس المرضي قلقاً جدا حول اكتشاف أية أعراض مرضية طبيعية مهما كانت هذه الأعراض بسيطة جدا مثل ارتفاع درجة حرارة الجسم فالمصاب مقتنع بأنه يشكو من مرض خطير جداً (Kring et.al، 2007) حتى بعد زيارته الطبيب وطمأنينته إيّاه بأنه لا توجد لديه أية أعراض، أو عدم وجود أساس طبي لقلقه فيما يخص صحته ؛ لذا يركز المصاب بالمراق

كثيرا على أي علامة أو عرض معين كمحفز لقلقه مثل المشكلات المعوية كسوء الهضم وحرقة المعدة أوالغثيان أو التعب البسيط (Goldberg, 2007).

يعرف توهم المرض

هو اضطراب نفسي المنشأ، عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض، رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك. وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية، ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي على حصر تفكير الفرد في نفسه، واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه، بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى، ويعوق اتصاله السوي بالآخرين، ويشعره بالنقص والشك في نفسه، كما يعوق اتصاله أيضا بالبيئة المحيطة به، ويطلق عليه أحيانا " رد فعل توهم المرض Hypochondriacal Reaction (زهران، 1988)



إن أهم ما يتميز به الوسواس المرضي هو المخاوف من الأعراض الجسمية البسيطة، والانشغال بنشاط وحركات وأعراض الجسم، واستبطان ذاتي لا أساس له من الصحة حول صحة الجسم، ورغم تشخيص الأطباء فأن المصابين بهذا الاضطراب يشكّون بتقييم الطبيب لهم ولصحتهم، ولا يقتنعون بقوله وطمأنينته لهم فيما يخص عدم الإصابة بأي مرض ؛ لذلك فهم يتنقلون من طبيب إلى أخر، فضلا عن ذلك يختبر الكثير من المصابين بالوساوس المرضية ارتفاع ضغط الدم، والإجهاد، والقلق من الحضور إلى طبيب – خوفاً من تشخيص اضطراب خطير لديه – على الرغم من أن وجود الطبيب يُعد وسيلة طبيّة ضرورية وجدت لمساعدته، وتعرف هذه الحالة بمتلازمة المعطف (السترة) الابيض white coat syndrome. إن بسبب الوسواس المرضي يقضي الكثير من المصابين وقتهم

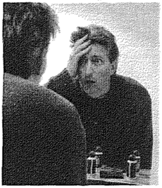
في زيارة الأطباء، ما ينتج عنه حالة من العذاب والتعطيل عن القيام بالواجبات الحياتية الضرورية للمصاب وأهل المصاب وأصدقائه Escobar et.al)، 1998)

وتنقسم الأفكار الوسواسية لدى المصابين على وفق معتقداتهم، فيعتقد البعض أن لديه افكاراً وسواسية تدخّلية تدفعه إلى استشارة العائلة والأصدقاء والأطباء، أما البعض الأخر يتجنب ويخاف من البوح من أي حديث أو رسالة تذكرهم بالمرض لذا يتجنبون الأطباء المختصين من أية مشكلة بسيطة ؛ لذا يصبح هؤلاء الأشخاص رغم وساوسهم المرضية مهملين لصحتهم عندما تكون حالتهم خطيرة، وقد يبقون على حالتهم ولا يذهبون إلى الطبيب ولا يشخصون مرضهم (Fallon et. al. 2002)

الأعراض

بناءا على مسابق يمكن أن نصف أعراض توهم المرض بناءا على ما جاء في (الخالدي، 2000) بالآتي :

- مخاوف وهمية من قبل المريض حول الاصابة بمرض بدني.



- الانشغال المزعج والمستمر بالوضع البدني، والخوف من الإصابة بالامراض الجسمية التي يتصورها المريض. وهذا الانشغال لا يصل الى درجة التوهم الذهاني ولكن يصعب أزالته بطمأنة المريض.
- توقع المريض أن ما قد يصيبه من تغير جسدي حتى لو كان بسيطا على أنه مرض خطير، مما يدفعه الى مراجعة الاطباء، والقراءة في القضايا الطبية، ووسائل العلاج، والأدوية المستحدثة.

- المبالغة في وصف المريض لهذه التغيرات الجسدية، فإذا ما تعرض لصداع أعتقد أنه مصاب بورم خبيث في الدماغ، ويفسر الكحة بسل في الرئتين، والاضطراب البسيط في دقات القلب بسبب الاجهاد بأنها جلطة قلبية، وخدر الذراعين وخاصة في الذراع الإيسر بسبب حالة القلق على أنه ذبحة صدرية.
- اعراض مصاحبة تتحدد بالتعب والارهاق والوهن (الخالدي، 2000)

في حين يشخص (زهران، 1988) اعراض توهم المرض بالآتي :

1 – تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس)، والشعور العام بعدم الراحة.

2 – تضخيم شدة الإحساس العادي بالتعب والألم، والاهتمام المرضي، والإشغال الدائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها، وكثرة التردد على أطباء عديدين، والمبالغة في الأعراض التافهة وتضخيمها، والاعتقاد أنها مرض خطير (فمثلا المغص يعتبره قرحة في المعدة... وهكذا).

3 – الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة في المعدة والأمعاء وأي جزء أخر من أجزاء الجسم. (فمثلا المراهق الذي يعاني من صراعات جنسية يكون توهم المرض لديه متمركزا حول الأمراض السرية والجنسية)، وقد يؤدي هذا إلى حالة انسحاب كامل بعيد عن العالم المحيط به.

4 – الشعور بالنقص، مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي إلى الانعزال أو الانسحاب.

الاسباب

1. **الاسباب الوراثية :** تشير الدراسات الوراثية إن الجينات لها دور مساهم – بدرجة ليست بالكبيرة - في ظهور توهم المرض، ومن الدراسات

الوراثية دراسة Noyes، et.a، 1997 التي أجريت على 72 فرداً من عوائل مختلفة يعانون من اضطراب الوسواس المرضي، حيث وجدت أن الممكن أن ينتقل وراثيا بين الأقرباء من الدرجة الأولى ولكن بنسبة ضعيفة. كما وجدت دراسة، Taylor 2000 التي أجريت على عوائل مختلفة من المصابين بالوسواس المرضي والقهر، إن للوراثة دور في انتقال المرض بين الأقرباء من الدرجة الأولى ولكن بنسبة أقل من الوسواس القهري بكثير، و تعد نسبة الإصابة نتيجة الانتقال الوراثي لمرض الوسواس المرضي لدى النساء اكثر من نسبة الذكور. في حين أشارت دراسة Fallon)، (2001 التي راجعت 7 دراسات أجريت على عوائل ظهر فيها أفراد مصابون بالوسواس المرضي أن نسبة الانتقال الوراثي للوسواس المرضي تتراوح ما بين 10 – 20 ٪ وكان الانتقال الوراثي يحدث لدى الإناث أكثر من حدوثه عند الذكور.

أما على مستوى الدراسات الجينية :

- وجدت الدراسات من قبل قاعدة بيانات الاتحاد الأوربي والمنشورة في عام 1996 أن هناك عدد من الجينات تسبب وتساهم الإصابة بالوسواس المرضي وهذه الجينات هي :

Gene	Polymorphism	Inventory	PMID
SLC6A4bw	STin2bw	MMPIbw	12760255P
SLC6A4bw	STin2bw	MMPIbw	12760255P
SLC6A4bw	STin2bw	MMPIbw	12760255P
SLC6A4bw	5-HTTLPRbw	MMPIbw	12760255P
SLC6A4bw	5-HTTLPRbw	MMPIbw	12760255P
SLC6A4bw	5-HTTLPRbw	MMPIbw	12760255P

http://www.imm.dtu.dk/English.aspx

2. الاسباب النفسية : تنحصر الاسباب النفسية في ظهور توهم المرض لدى الافراد في الآتي:

- الشدائد والصراعات التي قد تحول الكآبة والقلق الناجم عنها إلى وساوس نحو العلل الجسمية بحيث تكون واجهة نفسية للتكيف اللاشعوري. فالآلام العضلية، والاضطرابات المعدية، والاهتمام بدقائق عمل الامعاء والابراز، أو التفرغ الدقيق لدقات القلب، وحركة التنفس، أو إلى أبسط تبدل من لون وحرارة الجسم كل ذلك يخدم اغراضا تكيفية دفاعية تنقل حالة الصراع الباطني الى شكوى جسدية والى نوع من الكسب الذاتي غير المباشر (الدباغ، 1983).
- الفشل في الحياة وبصفة خاصة الفشل في الحياة الزوجية، وشعور الفرد بعدم قيمته وعدم كفايته ورفضه. لذا يكون توهم المرض بمثابة تعبير رمزي عن هذا الشعور، ومحاولة الهرب من مسؤوليات الحياة أو السيطرة على المحيط عن طريق كسب المحيطين والمخالطين.
- العدوى النفسية حيث يكتسب المريض الاعراض من والديه اكتسابا عندما يوجد لديهما توهم المرض، حيث يلاحظ عنهم اهتمامهما بصحة الاولاد اكثر من اللازم، وتقييد طعامهم، وتحديد نشاطهم خشية الحاق الاذى بصحتهم، وفي اصطحابهم الى الاطباء بصور متكررة لابسط شيء يصابون به (أي لا يستوجب زيارة الطبيب) كل هذه الامور تجعل نمو الاطفال مقرونا بالتحسس من الناحية المرضية لا الناحية الصحية في الحياة (زهران، 1988) (كمال، 1983).

- اتباع الوالدين اساليب غير صحية مع الاطفال مثل التحذير الشديد من المرض، ولزوم الحذر منه، والضرورة على مراجعة الاطباء بصور مفرطة مما يخلق في عقله حاله من التشكك في قواه الجسمية وفي وظائف بعض الاعضاء في جسمه (كمال، 1983).

العمر والانتشار

يظهر هذا الاضطراب في أي عمر ولكنه يظهر بصورة نموذجية ما بين 20 – 30 سنة ويحدث عند النساء بنسبة أكبر بقليل تقريبا من الذكور، و تقدر نسبة انتشار المرض 1- 8 ٪ ولاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية فضلا عن ذلك تقدر مدة الانشغال بهذه الأعراض لستة شهور أو أكثر من ذلك (Pilowsky 1997)، وتشير الدراسات الحديثة إلى أن حوالي 50 ٪ من المرضى الذين يراجعون الاطباء يعانون من أعراض متفاقمة من توهم المرض لديهم، ومن ضمن هؤلاء يوجد بين 3- 14 ٪ يتم تشخيصهم بأنهم مصابين بتوهم المرض (رضوان، 2009).وقد يصاحب الوسواس المرضي اضطرابات نفسية أخرى مثل الاكتئاب السريري، والوسواس القهري، والفوبيا، والاضطرابات النفس جسمية والقلق المعمم في وقت ما من حياتهم (Fallon et. al. 2000).

التشخيص

بداية يختلف هذا المرض عن الهستيريا وعن الاضطرابات السيكوسوماتية، بانه لا يصحبه اضطراب حقيقي في وظيفة أي عضو، كما أن التعبير عن الأعراض لا يتم خلال الجهاز العصبي الذاتي أو الحسي الحركي، وإنما هو اضطراب في محتوى الفكر أساسا، وفي " صورة الجسم " في المخ. فضلا عن ذلك يجب معرفة :

1 – من النادر أن يظهر توهم المرض كعصاب مستقل، ولكن الأغلب أن

يظهر كعرض مرافق لاضطراب نفسي آخر (مثل الاكتئاب)، كما في حالات اكتئاب سن القعود مثلا.

2 – وفي بعض الأحيان يكون توهم المرض مجرد إضافة إلى مرض عضوي، يجعل الأعراض مبالغا فيها (البنا، 2005).

ويشير (الخليل، 2001) أن من أجل تشخيص توهم المرض لدى المصابين به يتم من خلال المحك الآتي :

1 – الانشغال بمخاوف (أو فكرة) من حدوث مرض خطير بناءً على سوء فهمه للأعراض الجسدية.

2 – الانشغال يستمر رغم التقييم الطبي المناسب والمطمئن.

3 – لا يصل الاعتقاد في (1) إلى درجة الوهم (كما في الاضطراب التوهمي النوع الجسدي)، وليس محصوراً في انشغال حول المظهر الجسدي (كما في اضطراب تشوه الجسد الوهمي).

4 – الانشغال يسبب انزعاجاً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً.

5 – مدة الاضطراب على الأقل ستة شهور.

6 – الانشغال لا يعد ضمن أعراض اضطراب القلق العام أو الوسواس القهري أو الهلع أو الاكتئاب الجسيم أو قلق الانفصال أو اضطراب آخر جسدي الشكل.

مما يؤدي ذلك الى سوء توافقهم من حيث الوظيفة المهنية أو العلاقات الاجتماعية بسبب الانشغال بالمرض، وقد تزداد الإعاقة فيصبح الشخص طريح الفراش وأحيانا يتعرض لعمليات جراحية استكشافية تحمل أخطارا عديدة بالإضافة إلى أن الأعراض التي يشكو منها قد تؤدي إلى تشخيص خاطئ وبالتالي خطأ العلاج (خليل، 2001).

العلاج

من الصعب علاج المصاب بهذا المرض، لأن المريض قد يتخذ موقفا سلبيا من العلاج، و يقاوم العلاج النفسي... وقد يهرب من العلاج عن طريق استبدال الطبيب المعالج كل فترة... بل ونلاحظ أن المريض يكون هنا حريصا على زيارة أكبر عدد من الأطباء، وكأن المريض يحتاج إلى أكبر عدد ممكن من الشهود يؤكدون بتذاكرهم الطبية وجود المرض.. ووجود العذاب الذي يستحق الرحمة من الآخرين. وهذا الاضطراب يجب استعمال الوسائل العلاجية الآتية معه:

1 – **العلاج العضوي لتوهم المرض** : استعمال الأدوية النفسية الوهمية، واستعمال الأدوية المهدئة. فقد يفيد علاج العقاقير مثل مضادات الاكتئاب والمهدئات في التخفيف من التوتر المصاحب، وأحيانا قد يتزايد الاكتئاب لدى المريض لدرجة تبرر علاجه بالصدمات الكهربائية... إلى أنه في كثير من الأحيان ما تزيد الأعراض نتيجة للآلام المصاحبة للصدمات، لذلك فيستحسن تجنب الصدمات الكهربائية ما أمكن .

2 – **العلاج النفسي لتوهم المرض** : وخاصة الذي يركز على التطمين المضطرب وكشف صراعاته الداخلية والتخلص منها، وشرح العوامل التي أدت إلى المرض والعلاقة بينها وبين الأعراض، وتوجيه مجال الاهتمام من الذات إلى مجالات أخرى، ويفيد هنا العلاج النفسي المختصر، والعلاج النفسي الجماعي . وقد نلجأ في ذلك إلى العلاج السلوكي أو العلاج التدعيمي، ونادرا ما يستعمل العلاج التحليلي العميق .

3 – **العلاج الاجتماعي لتوهم المرض** : ودوره هنا أقل، لأن الأسباب الخارجية رغم أهميتها تكون عاملا مرسبا فقط، ونادرا ما تزول الأعراض تماما لأن المشكلة عميقة الجذور داخل النفس، ولكن قد

نلجأ إلى والعلاج بالعمل والرياضة والترفيه لإخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته، وتعديل البيئة والمحيط الأسري ومحيط العمل .

4 – **الإرشاد العلاجي للمريض**، وإرشاد الأسرة، خاصة مرافقي المريض، كالزوج مثلا نحو عدم المبالغة في العطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة... إلخ.

5 – **مراقبة المريض** خشية الانتحار إذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب (البنا، 2005) و(زهران، 1988)

الوهن العصبي (النيورستانيا) : Neurasthenia

الحالة المرضية الأولى

انا عمري سبعة وعشرون سنة وأعانى من آلام شديدة جدا بجميع أعضاء جسمي، وذهبت لكثير من الأطباء وليس عندى اية مشكلة جسدية، ولكن لا أستطيع أداء ما وراءى من مهام منزلية، علما بانى زوجة ولى طفلين، وانا تعبت كثيرا من كثرة النوم فى السرير، وعدم القدرة على خدمة اولادي، وأنا لا اعرف السبب ونصحنى الطبيب بان اذهب لطبيب نفسى ولكنى خائفة جدا، وانا أصبحت مخنوقة من كل شىء لاننى لا اعرف ماذا بى

الحالة المرضية الثانية

موظف، عمره (42 عاما)، أعزب، يقول في شكواه : " أشعر بأني لا استطيع عمل أي شيء، فلا استطيع العمل، واشعر أن جسمي ضعيف جدا، ووصل بي الحال أن لا استطيع التفكير لأن دماغي متعب، فضلا عن أن قدمي متعبة، واشعر بأن ضغطي منخفض، وقلبي يدق بسرعة، وكذلك أني سريع الغضب الى أبعد الحدود.

وبدراسة تاريخ هذا المريض الأسري، تبين أن له تسع إخوة، وأخوات وهو الخامس فيما بينهم، وأن جميع إخوته الأكبر منه لم يتزوجوا، وفيهم ثلاث عوانس (52، 50، 44 سنة)، رغم غنى والدهم الفاحش، وسطوته في الصعيد.. ويقول المريض : "..... من طبيعة والدي أنه يكره الزواج، وهو منفصل عن والدتي من غير طلاق منذ ثلاثين سنة، ولما تنظر الى العائلات الاخرى ترى أن الأب يدفع أولاده للزواج، ولكن والدي يعد زواج اولاده عيب، أو إهانة شخصية له. ومن ثم يذكر هذا المضطرب أن الأعراض اشتدت عليه جدا، وظهرت بوضوح حين وجد نفسه في حيرة بشأن البت في زواجه هو شخصيا، فقد احتار بين رغبات الأب، وسيطرته، وبين رغبته الطبيعية في الزواج والاستقلال وتكوين أسرة، وخصوصا وأن شخصية الأب كانت طاغية من نوع خاص، ذلك الأب الذي "..... يعرف كل شيء : إنجليزي وفرنسي وايطالي، وعنده ثمانين سنة ومتدين، مع إنه يصاحب غير والدتي (!)... يعرف كل شيء... وهكذا ظهر المرض الذي أعجزه عن العمل (الشربيني، 2004).

التعريف والوصف



النيوراستانيا تعبير نفسي مرضي أُطلق لأول مرة من قبل العالم "جورج ميلير George Miller" عام 1869 للدلالة على أعراض تتضمن الإعياء، والقلق، والصداع، وألم الأعصاب، ومزاج الاكتئاب. لكن هذا المصطلح لم يعد يستعمل بكثرة في دول أوربا وأمريكا بل يستعمل فقط في بلدان آسيا (Marcus 1998)، إذ إن التعبير الشائع الآن لهذا الاضطراب هو "الوهن العصبي"، أو "متلازمة التعب المزمن" CFS Chronic fatigue syndrome (Evangard et.al 1999)،

وتطلق النيوراستانيا على الحالات التي تبدو فيها على الفرد علامات الاجهاد والاعياء النفسي والجسمي، فيبدو المريض شاحب الوجه، ومجهدا، وعارضا عن القيام بأي مجهود جسمي أو عقلي، وكثيرا ما تشخص مثل هذه الحالات على أنها إجهاد ولكن لا يفيد في علاجها الراحة لأنها حالة من التعب المزمن. وغالبا ما نشاهد هذا المرض عند ربات البيوت اللائي يشعرن بأنهن مهملات من قبل أزواجهن (عويضة، 1996)

ويشير هذا الاضطراب إلى التعب أو الوهن المنهك، وهو عرض طبي أو مجموعة أعراض، تعرف بصورة عامة من خلال إعياء مستمر، ويكون مصحوب بإعراض معينة أخرى لستة أشهر في الحد الادنى، تظهر حتى من دون الاستمرار في العمل، ويشعر بها حتى في حالة أخذ عطلة أو إجازة كما تظهر الأعراض من دون ان يكون السبب حالة صحية أخرى (Evangard et.al 1999)،

وكذلك يعرف الوهن العصبي : بأنه حالة من الشعور الذاتي المستمر بالوهن النفسي العام، الذي يصحبه أعراض عصبية وجسمية، ومن أهم خصائصه الوهن النفسي والجسمي وشدة التعب والإعياء والفتور والإنهاك، وقد يصل إلى درجة الإنهيار، وهو يكاد يكون حالة من " التعب المزمن ". ويطلق عليه

البعض أسم " الإنهيار العصبي " أو " الضعف النفسي " أو " الإعياء النفسي " أو " استجابة الضعف " أو " متلازمة التعب " أو " رد فعل الضعف Asthenic Reaction. ويشمل مفهوم النيورستانيا الأنواع التالية من الظواهر المرضية :



أ – اضطرابات في الحساسية (صداع متصل أو متقطع وأوجاع متنقلة وحساسية مفرطة وإحساسات متوهمة لا أساس عضوي لها.

ب – اضطرابات حسية (زيادة في حساسية الشخص وطنين الأذنين).

ج – اضطرابات حشوية وظيفية (خاصة بالهضم كارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة ومغص معوي واضطراب في إفرازات المعدة والكبد، فضلا عن الإمساك... إلخ، وتظهر الاضطرابات ايضا في الأوعية الدموية كهبوط في ضغط الدم، والجهاز الجنسي، وافتقاد الحساسية الجنسية).

د – اضطرابات التنفس (ضيق في التنفس والربو الكاذب).

هـ - اضطرابات عصبية نفسية منوعة (أرق ودوار وترنح ورجفة وقلق واكتئاب وتهيج عصبي وخور في العزيمة واندفاع وسرعة التعب وصعوبة البدء في عمل ما، وتشتت الانتباه وضعف التركيز (البنا، 2001).

أعراض الاضطراب

قبل أن يظهر الاضطراب لدى المضطرب بالنيوراستانيا يتصف هذا المريض قبل حدوث المرض بالصفات الشخصية الآتية :

1. الانطواء والميل للعزلة والتمركز حول الزات.

2. الشعور بعدم الام والرفض والاحباط الانفعالى.

3.الشعور العام بعدم الرضا.

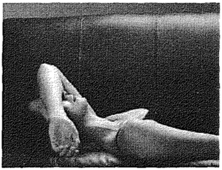
4.السلبية وقلة الكلام وقلة العمل.

5.الاعتمادية والحاجة الى المساندة والانتباه والحماية.

6. الهروب من المسؤوليات

7.سيادة روح التشائم.

8. استمرار الشكوى (زهران، 1988).



ومن ثم يبدأ الوهن أحيانا بأعراض تشبه مرض الأنفلونزا ، إلا أن النسبة الكبرى منه تبدأ على شكل حالات من الإجهاد والتعب الحاد، ويتضمن الوهن العصبي الأعراض الآتية : نوم غير مريح، وألم في المفاصل والعضلات واسع الانتشار، وكذلك ألم في الحنجرة ، وصداع من النوع الذي لم يجربه المصاب سابقاً، وصعوبات معرفية، وإعياء عقلي وجسدي مزمن في اغلب الأحيان، وأعراضاً مميزة أخرى في نشاط الفرد وصحته، فضلا عن ذلك قد يذكر المصاب أعراضاً أخرى مثل ضعف العضلات، وزيادة الحساسية للإضاءة والأصوات والروائح، واضطرابات هضمية، واكتئاب، وبعض المشكلات القلبية والتنفسية (Sanders & Korf، (Hatcher & House و 2008)، 2003) ورغم ما يحدده الباحثون من أعراض إلا أن أشهر المعايير التي حددت أعراض الوهن العصبي في مركز السيطرة وتجنب الأمراض في الولايات المتحدة الامريكية (CDC) Centers for Disease Control and Prevention إذ يحدد هذا المركز معيارين أساسيين لتشخيص أعراض المرض، والمعيارين هما :

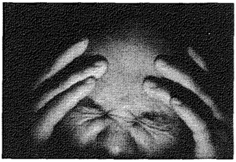
1. بداية جديدة أو مسار جديد من الإعياء غير المفسر (من دون سبب) وغير المرتبط بالعمل الدائم، أو الراحة الطويلة التي لا تنشط فيها عضلات الجسم بصورة صحيحة (قلة الحركة).

2. ظهور أربعة أعراض أو أكثر تحدد بستة أشهر أو أكثر، وهي كالآتي:

- ضعف الذاكرة والتركيز.
- نوم غير مريح.
- ألم في العضلات.
- ألم في المفاصل.
- صداع من نوع جديد.
- الم في الحنجرة يذهب ويرجع.
- أعراض مشتركة مع الأمراض الأخرى مثل :
- غثيان، أو إسهال وانتفاخ في المعدة.
- الشعور بالبرد وتعرق الجسم في الليل.
- الم الصدر وضيق التنفس.
- سعال مزمن.
- اضطرابات بصرية مثل ألم في العين، أو جفافها، أو تشوش في الرؤية والحساسية للضوء.
- حساسية للأصوات والروائح والأطعمة والكحول والأدوية.
- نبضات قلب غير منتظمة، وإغماء ومشكلات في عدم توازن الجسم.
- مشاكل نفسية مصاحبة مثل القلق، وتأرجح المزاج، والتهور، والاكتئاب، ونوبات الهلع (Hickie et.al، 2006) .

في حين يقسم (البنا، 2001) اعراض الوهن العصبي على نوعين هما :

1 – الأعراض الجسمية للوهن النفسي :



وتشمل : التعب الجسمي، والعقلي المستمر (بدون أساس عضوي)، والشعور بالضعف العام والإجهاد وتخاذل القوى والإعياء لأقل مجهود، والخمول والكسل، ونقص الحيوية والنشاط، والضعف الصحي العصبي والنفسي، وبعض الآلام العامة غير المحددة، والصداع والشعور بالضغط في الرأس، وهبوط ضغط الدم والإحساس بضربات القلب، وشحوب الوجه، والتغيرات والاضطرابات الحشوية، وضعف الشهية، وعسر الهضم والإمساك، والضعف الجنسي (عند الرجال)، واضطراب العادة الشهرية (عند النساء)، والآلام الظهر خاصة الألم القطني والعجزي، والأرق، واضطراب النوم،و الأحلام المزعجة، والتعب عند الاستيقاظ من النوم، كل ذلك بدون مبرر.

2 – الأعراض النفسية للوهن النفسي :

وتشمل : القلق العابر المصحوب بالتوتر وعدم الاستقرار، والشعور بالضيق والتبرم وتدهور الروح المعنوية، والتشاؤم، والشعور بالاحباط، وتدني مستوى الطموح والشعور بالنقص والضعف والعجز، وتشتت الانتباه، وضعف القدرة على التركيز، وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على مواصلة التفكير في موضوع معين، والاستغراق في أحلام اليقظة، والاكتئاب والهم، والحساسية الانفعالية الزائدة، والقابلية الشديدة للاستثارة، وسرعة التهيج، والغضب، وعدم تحمل الضجيج، والأصوات الشديدة والضوضاء العالية، والثورة، وضعف العزيمة والإرادة، وفتور الهمة، وضعف الحماس، وعدم الرغبة في العمل، وعدم القدرة على إتمام ما يبدؤه منه، وعدم القدرة على تحمل المسئوليات،و التردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، والهروب من مجابهة المشكلات وحلها، والشك في الناس، والسلبية، والتمركز حول الذات، وفتور النشاط الاجتماعي، والاعتماد

على الغير، والتبرم بأوضاع الحياة، وفقدان الاهتمام بها، وسوء التوافق المهني، والخواف، وتوهم المرض (البنا، 2001)

الاسباب

1. الاسباب الوراثية :

أولا: دراسات وراثة الجماعة :

- دراسة Dinos et.al، 2009 : وجدت هذه الدراسة التي اجريت على المجموعات العرقية ان الأمريكان البيض والأمريكان الافارقة وكذلك سكان أمريكا الأصليين هم أكثر اصابة باضطراب الوهن العصبي من الجماعات العرقية الأخرى.

ثانيا: دراسات التوائم :

- دراسة HICKIE et. al. 1999 : وجدت هذه الدراسة التي أجريت على 1004 زوج من التوائم المتماثلة قدرت 533 زوجاً و471 زوجاً من التوائم الأخوية بمتوسط عمر 50 سنة. ان نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة قد بلغ نسبة 69 ٪، أما التوائم الأخوية فقد بلغت نسبتها 12 ٪ في حين قدر التخمين الوراثي في الوهن العصبي 44٪.
- دراسة BUCHWALD et.al، 2001 : وجدت هذه الدراسة التي أجريت على عينة مكونة من 176 زوجاً أن التوافق الوراثي بين التوائم المتماثلة قدر بنسبة 55 ٪ أما نسبة التوائم الاخوية فقد بلغت 19 ٪.
- دراسة Buchwald et.al، 2001 : وجدت الدراسة التي أجريت على 146 زوجاً من التوائم الإناث، أن نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة قد بلغت 55 ٪، أما نسبة التوائم الاخوية فقد بلغت 19 ٪.

- دراسة Ian et.al، 2002 : وجدت الدراسة التي اجريت على 133 زوجاً من التوائم بواقع 79 زوجاً من التوائم المتماثلة و 45 زوجاً من التوائم الأخوية. إن معامل الارتباط الوراثي بين التوائم المتماثلة قدر 0,69، أما معامل الارتباط فيما يخص التوائم الأخوية 0 ,53 في حين قدر التأثير الوراثي الكلي بنسبة 48 ٪.

2. الاسباب النفسية، وتتمثل بالآتي :

أ. الصراع النفسي ذو التاريخ الطويل الناجم عن عن تضارب الرغبات والاقدام والاحجام في السلوك مما يسبب الانهاك والضعف، والاحباط المتكرر، وعدم اشباع حاجات الفرد، فضلا عن الشعور بالفشل والحرمان واليأس، والشعور بالنقص. كما يساهم التوتر النفسي والتعرض للانفعالات العنيفة الطويلة في ظهور هذا الاضطراب.

ب. النمو المضطرب للشخصية، وضعف ضبط النفس، وضعف الثقة في النفس، واعتقاد بالفرد في قلة حيلته وضعف امكاناته، وعدم وجود خطة او فلسفة في الحياة، فضلا عن عدم وضوح الاهداف، والحياة الرتيبة، ونقص الميول والاهتمامات.

ج. الاضطرابات الاسرية، وطرق التربية الخاطئة (القسوة، والاهمال، والتدليل الزائد) والهروب من تحمل المسؤولية، فضلا عن وجود اضطراب مماثل لدى احد الوالدين او الافراد المهيمنين في حياة الفرد، وتعلم الاعراض منهم خاصة في حالة وجود مكاسب ثانوية لهذا السلوك المرضي المكتسب.

د. العمل الشاق المرهق تحت الضغوط المصحوبة بالقلق، والمجهود الذي يستنفذ الطاقة العصبية للفرد، ويعوق الاسترخاء، ويحول دون الاستمتاع بالحياة.

هـ. الضغوط الشديدة لمشكلات ومتطلبات الحضارة، فضلا عن الاستعدادات والاتجاهات السالبة نحوها (الحياة) مع عدم الاستعداد لمواجهتها والضغوط النفسية المتعلقة بالمنافسة، والخضوع، والاهانة، والنبذ، والعدوان، والتعرض للاعتداء والاغتصاب (زهران، 1988).

العمر والانتشار

وتقدر نسبة انتشار الإصابة بهذا الاضطراب من 7 إلى 3000 حالة من اضطراب الوهن العصبي بالنسبة إلى 100000 راشد، إلا أن منظمة الصحة العالمية قدرت أن مليون شخص في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من هذا الاضطراب، وإن ربع مليون شخص في بريطانيا يعانون من الوهن العصبي ICD)، (2007 و NHS)،(2009 ، إلا أن هذا الاضطراب قليلا ما يظهر لدى الأطفال والمراهقين إذ يظهر الاضطراب في سن الرشد والشيخوخة بين عمر 40 – 59 سنة ، كما يظهر في أغلب الأحيان لدى النساء أكثر من الرجال وذلك بنسبة 60٪ Gallagher et.al) ، 2004).

التشخيص:

قبل التعرف على الوهن العصبي يجب على المختص النفسي أن :

1 - يلاحظ أنه من النادر أن يظهر الوهن النفسي كعصاب مستقل، ولكنه يظهر كإضافة أو عرض لمرض نفسي آخر (كما في الفصام البيسط أو الاكتئاب)، وينبغي عدم الإكثار من الوسائل التشخيصية.

2 – يجب المفارقة بين الوهن النفسي وبين الاكتئاب، فالوهن النفسي يكون مستمرا، أو الشكوى الأساسية هي الأعراض الوظيفية، والاكتئاب أحد هذه الأعراض، ويناقش المريض أعراضه ويتحدث عنها

3 – يجب المفارقة بين الوهن النفسي والفصام المبكر، ففي الفصام المبكر لا يهتم بالمحيط الخارجي، ويستغرق في أحلام اليقظة، وتظهر عنده الهذيانات والهلوسات.

4 – يجب المفارقة بين الوهن النفسي وبعض الاضطرابات العضوية الجسمية الأخرى (مثل فقر الدم أو نفص الفيتاميات أو اضطراب الغدد الصماء واضطراب عمليات البناء والهدم في الجسم).

5 – ويجب المفارقة بين التعب الجسمي و التعب النفسي (فالتعب الجسمي يحدث نتيجة الإجهاد في العمل وقضاء الساعات الطويلة تحت الضغط العقلي والعضلي ونقص النوم، ومثل هذا التعب يزيله الراحة والنوم، أما التعب النفسي العصابي فهو الذي يحدث في غيبة مثل هذه العوامل السابق ذكرها أو عندما يستمر رغم الراحة والنوم) (البنا ، 2001)

فضلا عن ذلك يجب ملاحظة الآتي :

- الإحساس العام بالإرهاق.
- اضطرابات بالجهاز الهضمي.
- اضطرابات التنفس.
- صداع متصل او متقطع وأوجاع متنقله لا أساس عضوي لها.
- اضطرابات عصبيه كالأرق – الدوار – القلق – سرعه التعب وصعوبه البدء في عمل ما وتشتيت الانتباه وضعف التركيز (ابو العزائم، 2008)

العلاج

1. **العلاج النفسي** : يتطلب علاج الوهن العصبي اول الامر استقصاءا كاملا وكافيا يشمل شخصية المريض، وظروف حياته، وعوامل الضغط التي يتعرض لها ، والمشاكل العاطفية التي يعانيها ، بما في ذلك المشاكل الواقعه ضمن نطاق حياته الجنسية. ولذلك فان علاج الوهن العصبي هو علاج نفسي بالدرجة الاولى، وحظ المريض في الشفاء يعتمد على مدى تكامل شخصيته، وحداثة المرض أو زمانه، وعلى المدى الذي

يمكن فيه التوصل الى فهم مشكلات المضطرب النفسية واجراء التغيرات اللازمة في ظروفه ونمط حياته وتفاعلاته العاطفية.ولعل من أشق المهام على المعالج النفسي هي في اعطاء البصيرة الكافية للمريض بالعلاقة بين مرضه وبين مشاكله، ومن ثم في تنمية النضوج العاطفي اللازم لمجابهة هذه المشكلات بالصورة التي لا تؤدي الى ردود الفعل المرضية في المستقبل (كمال، 1983).

ويذكر (البنا ، 2001) مجموعة من الإجراءات العلاجية الناجحة مع اضطراب الوهن العصبي، وهي :

أ. الاساليب العلاجية المتمثلة بالتحليل النفسي، وعلاج الشرح والإقناع، والعلاج التنفيسي مع توجيه الاهتمام إلى اكتشاف وإزالة كافة الأسباب، فضلا عن الاهتمام بمفهوم الذات، وتقبل الذات، وتقوية وتأكيد وإعادة الثقة، ومساعدة المريض على فهم نفسه، ومعرفة إمكانياته، وحل صراعاته، وحل مشكلته النفسية، وايضا الاهتمام بتنمية وتطوير شخصيته نحو النضج، وتشجيع المريض على أن يقبل على معركة الحياة بقوة وليس بضعف.

ب. العلاج الاجتماعي، والعلاج الأسري للوهن النفسي : والذي يتمثل بتحسين التوافق الاجتماعي، وتعديل الاتجاهات، وتحسين الظروف الاجتماعية للمريض، وإثارة الميول والاهتمامات لديه، مع الاهتمام بالعلاج البيئي، وتعديل البيئة المباشرة والمحيطة، والاهتمام بالتوجيه المهني بغية تحقيق النجاح الحقيقي في العمل.

2. **العلاج الدوائي** : يلجأ الاطباء في معظم حالات الوهن العصبي الى استعمال الادوية والعقاقير لتنشيط جسم المريض وقابلياته العقلية. واكثر هذه المواد استعمالا هي المقويات والفيتامينات ومركبات البنزدرين او ماشابهها. وجميع هذه الادوية لا تخلو من فائدة، وخاصة المرضى الذين اصيبوا

بهبوط كبير في الوزن مع فقدان الشهية، وقد يكون هذا الاجراء العلاجي مع القدر الكافي من التطمين والتفسير، وهذا كل ما يحتاجه المريض في الحالات البسيطة والحديثة العهد من حالات الوهن العصبي. أما في الحالات الشديدة والمزمنة او الحالات التي يتبين فيها وجود صراع نفسي مزمن، فلا الاساليب الغذائية او الدوائية ولا التغيير في الظروف الخارجية للمريض يمكن لها ان تدرك قدرا أكثر من الفائدة المؤقتة في التغلب على اعراض المرض، ومثل هذه الحالات تتطلب علاجا نفسيا مستمرا، مما يتطلب بطبيعة الحال البحث عن مصادر الحياة النفسية للفرد بشكل شامل وعميق (كمال، 1983).

اضطراب تشوه الجسد الوهمي Body Dysmorphic Disorder

حالة المرضية

في هذا الاضطراب ينشغل المريض بفكرة أن جزءا من وجهه أو جسمه مشوه أو مختلف أو أكبر من اللازم أو أصغر مما يجب، ويقف المريض (أو المريضة) أمام المرآة ساعات طويلة يتأمل هذا الجزء، ثم يبدأ رحلة التردد على أخصائيي التجميل باحثا عن الحل، فيقولون له (فى حالة صدق النوايا وأمانة المهنة) إن حالتك لا تحتاج إلى أى عمليات تجميل، ولكن المريض يصر إصرارا شديدا على ذلك ويظل يمر على جميع أطباء التجميل على أمل أن يوافقه أحدهم على أن أنفه كبيرا أو أذنه "مطرطأة" أو أن فى وجهه نمش يحتاج للسنفرة. والمريض هنا لا تفيد معه المناقشات المنطقية التى تهدف لإقناعه باعتدال صورة وجهه أو أعضاء جسده، فالمشكلة هنا ليست فى صورته الخارجية وإنما فى صورته الداخلية، فلكل منا ثلاث صور: الأولى هى صورتنا التى نراها فى المرآة، والثانية هى صورتنا التى يراها الناس ويتفاعلون معنا على أساسها، والثالثة هى صورتنا الداخلية (الصورة الذهنية) (المهدى، 2010).

التعريف والوصف



كان يسمى هذا الاضطراب في الماضي (رهاب تشوه الشكل الجسدي Dysmorphophobia) ولكن نظراً لأنه لا يشمل تجنباً رهابياً اعتبرت هذه التسمية خاطئة. فالحالات التي يصل الاقتناع بالتشوه فيها إلى درجة الوهم يفضل تسميتها بالاضطراب التوهمي النوع الجسدي. (Delusional Disorder Somatic Type) (خليل، 2001).

ويمكن وصف وتعريف اضطراب تشوه الجسد الوهمي بأنه انشغال مرضي بعلة فسيولولوجية تتركز حول الشخص الذي يتخيلها دون أن يكون لها أساس واقعي. وعند حدوث أي عطب بسيط يسعى المريض وفي السياق نفسه الى تضخيمه، والى توليد الافكار والخيالات حوله بشكل شاذ وغريب يتناقض مع الحالة العادية والسوية التي يبدو عليها المريض ذاته (سعد، 1994) أو هو في نظرة الشخص إلى شكل جسده بحيث يكون لديه اعتقاد في أن شكله مشوه. حتى لو كان هناك تشوه بسيط جدا، فيجري تضخيمه إلى حد كبير للغالية. وهو مرض يصيب أي إنسان ولكنه عادة يكون أكثر أو أشد لدى المهتمين بأجسادهم بشكل مبالغ فيه أو من تتمركز حياتهم حول أجسادهم. ورغم عدم وجود أي تشوه ظاهر للناس أو حتى لدى المختصين بتقييم جمال الشكل، إلا أن المصاب بهذا الاضطراب يضل مصرا على أنه مشوه (سلامة، 2010)

لذا يتحدد هذا الاضطراب بالانشغال الدائم حول تشوه متخيل في المظهر الجسدي لدى شخص طبيعي المظهر وأكثر أنواع الشكاوى شيوعا هي العلامات التي بالوجه مثل تجاعيد أو ندبات في الجلد أو كثرة شعر الوجه أو شكل الأنف أو الفك أو الحواجب أو ورم بالوجه، ونادراً ما تكون الشكوى من

شكل اليدين والقدمين والثديين والظهر وبعض أجزاء الجسم الأخرى، في بعض الحالات قد يوجد شذوذ طفيف في الشكل ولكن انشغال الشخص به وتصوره له يكون شديدا (خليل، 2001).

قد تصل درجة الاضطراب الاضطراب الى حد الوسوسة القهرية، التي تجعل الشخص يشعر معه بقلق مفرط بسبب عيب في شكل أو معالم جسمه. قد يشكو المصاب من عدد من معالم الجسد أو من سمة واحدة، أو حتى من ميزة غامضة أو من المظهر العام، بحيث يسبب ذلك معاناة نفسية قد تعوق مزاولة الوظيفة المهنية و/أو الاجتماعية، وقد تتطور الأمور أحياناً لتصل إلى درجة شديدة من الاكتئاب والقلق، أو تطور لاضطرابات قلق أخرى مثل العزلة الاجتماعية وغيرها (APA,2000)

ويبالغ المصابون باضطراب وهم التشوه الجسدي في تصورهم للتشوه (المتوهم) لديهم بحيث من الممكن أن يعتزلوا تماما خوفا من أن يستهزئ بهم أحد أو لأنهم يعتقدون أن شكلهم لا يمكن أن يحتمل أحد النظر إليه. ورغم أن الآخرين يمتدحون شكلهم، إلا أنه لا يوجد ما يمكن أن يقنعهم بذلك حتى لو كان من يمتدحهم جراح تجميلي مختص. كما ويتميز الشخص المصاب بهذا الاضطراب بأنه يميل للسرية وعدم الإفصاح بأنه مشوه. وسبب التكتم على شكواهم ربما كي لا يتهمهم الآخرون بأنهم تافهون في شكواهم أو لكي لا يتهمهم البعض الآخر أنهم يستعرضون ويختالون بأنفسهم. رغم أن الفكرة قسرية وتسيطر على الانسان المصاب وتستغرق الكثير من وقته، إلا أنها لا تمت بأي صلة للوسواس القهري كون المريض بوهم التشوه يعتقد جازما ويستسلم لفكرة أنه مشوه ولا يستصغر الأمر ويحاول مقاومته كما في الوسواس القهري (سلامة، 2010).

الاعراض

تشخص أعراض هذا الاضطراب بالعلامات الآتية :

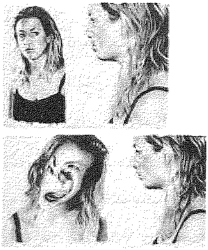


- التفكير بشكل مفرط حول تشوه المظهر.
- الهوس والسلوكيات المتصلة بالتشوهات المتصورة.
- أعراض الاكتئاب.
- أفكار وهمية ومعتقدات متعلقة بالتشوهات المتصورة.
- انسحاب اجتماعي وأسري، ورهاب اجتماعي، والشعور بالوحدة بسبب العزلة الاجتماعية.
- تصور الانتحار.
- القلق؛ وقد يترافق مع هجمات ذعر.
- تدني احترام الذات.
- الشعور بالذات في البيئات الاجتماعية، والاعتقاد بأن الآخرين يسخرون من التشوهات المتصورة.
- شعور قوي بالعار.
- عدم القدرة على العمل أو عدم القدرة على التركيز في العمل بسبب الانشغال بالمظهر.
- انخفاض الأداء الأكاديمي (مشاكل الحفاظ على مستوى الدرجات، مشاكل في حضور المدرسة/الكلية).
- مشاكل بدء والحفاظ على علاقات (العلاقات الحميمة والصداقات).
- تعاطي الكحول أو المخدرات.

- تكرار السلوك بشدة مثل استخدام مستحضرات التجميل؛ والتحقق بانتظام من المظهر في المرآة.
- رؤية صورة متفاوتة للنفس عند مراقبة المرآة أو لسطح عاكس.
- هوس الكمالية (بإجراء جراحة تجميلية والسلوكيات مثل الترطيب المفرط للبشرة).

كما قد تشمل هذه الاعراض، أعراض أخرى مصاحبة مثل :

- تفحص النفس بالمرآة، أو النظر في الأبواب والنوافذ والأسطح العاكسة الأخرى.
- وتظهر بشكل معاكس، كعدم القدرة على الاطلاع على الصور الفوتوغرافية للذات، أو إزالة المرايا من المنزل.



- محاولة لتمويه العيب المتصور: على سبيل المثال استعمال المستحضرات التجميلية، ارتداء لباس فضفاض، والحفاظ على هيئة معينة أو ارتداء قبعة.
- استعمال تقنيات اللهاء: مثل محاولة تحويل الانتباه بعيداً عن العيب المتصور، مثل ارتداء ملابس فخمة أو مجوهرات مفرطة.
- سلوكيات تجميل مفرطة: مثل قطف الجلد، وتمشيط الشعر، ونتف الحاجبين، والحلاقة، إلخ.
- لمس كثيف للجلد، خاصة من أجل قياس أو استشعار العيب المتصورة.

- العدائية تجاه الناس الآخرين بدون سبب معروف، ولا سيما أولئك من الجنس الآخر، أو نفس الجنس إن كان ذو ميول جنسية مثلية.
- السعي للحصول على الحنان أو الحب.
- اتباع نظام حمية مفرط أو العمل على تحسين المظهر الخارجي.
- إيذاء النفس
- مقارنة مظهر، هيئة أجزاء الجسم مع الآخرين، أو مشاهدة كثيفة للمشاهير المفضلين.
- هوس البحث عن المعلومات: قراءة الكتب والمقالات المنشورة في الصحف والمواقع التي تتصل بالعيب المتصور في الشخص، مثل طرق علاج تساقط الشعر أو فرط الوزن وغيرها.
- الهوس بجراحة التجميل أو العلاج الجلدي، والتي تؤدي كثيرا إلى نتائج غير مرضية (في نظر إلى المريض).
- وفي الحالات القصوى، يحاول المضطربين لإجراء جراحة التجميل على أنفسهم، بما في ذلك شفط الدهون(Phillips & Castle، 2001).

المواقع الشائعة لملاحظة العيوب المتخيلة في الاضطراب

في بحث أجرته الدكتورة كاثرين فيليبس، شمل ما يزيد على 500 مريض، كانت النسبة المئوية للمواقع الأكثر شيوعاً التي يشكو منها المضطربين في اجسادهم على النحو الآتي:

الجلد(73%)	هيئة الجسم/الهيكل العظامي (1.5٪)	الخصر (9٪)	الفم (6٪)
الشعر(56%)	ملامح الوجه (1.4٪)	الأعضاء التناسلية (8٪)	الخلفية (6٪)
الوزن(55%)	حجم الوجه/الشكل (20٪)	عظام الخدين/الخد (8٪)	أصابع (5٪)
الأنف(37%)	الشفاه (12٪)	الأظافر (8٪)	الرقبة (5٪)
أصابع القدمين (36%)	الأرداف (12٪)	ارتفاع (7٪)	الكتفين (3٪)
البطن (22%)	الذقن (11٪)	شكل الرأس/الشكل (6٪)	الركبتين (3٪)
الثدي/الصدر/الحلمتان (21%)	الحاجبين (11٪)	الجبهة (6٪)	الكاحلين (2٪)
العيون (20%)	الوركين (11٪)	الأقدام (6٪)	عضلات الوجه (1٪)
	الآذان (9٪)	الأيدي (6٪)	الأسنان (20٪)
	الساعدين/الرسغين (9٪)	الفك (6٪)	الساقين (بشكل عام) (18٪)
		الفخذين (20٪)	

(Philips، 2005)

العمر والانتشار

يبدأ الاضطراب في المراهقة أو العشرينيات أو الثلاثينيات من العمر ويظل ثابتا لعدة سنوات حتى من دون أن يعرض المريض نفسه على طبيب مختص، وقد ينشأ عنه إعاقة إجتماعية ووظيفية ومن أهم مضاعفاته التعرض لعمليات جراحية تجميلية لا داعي لها (منظمة الصحة العالمية، 2001). ويشير (سلامة، 2020) المختص في الامراض النفسية بناءا على الاحصائيات التي حصل عليها، عادة ما يبدأ بين سن الـ 15 والـ 30 سنة، وإن النساء أكثر من الرجال بشكل طفيف وفي الأغلب في غير المتزوجين. رغم ذلك من الصعب إيجاد إحصائيات دقيقة لهذا الاضطراب كون معظم المصابين به يلجأون إلى أطباء التجميل أو الجلدية أو

عيادات الإستطباب الأخرى ولكن ليس للأطباء النفسيين للحصول على تشخيص دقيق. وتشير بعض الدراسات أن هناك نسبا عالية جدا تصل إلى أن 40 إلى 50 ٪ من الناس مصابون بنوع من الهوس بأشكالهم وأنهم يحملون من التشوه المحتاج لتدخل جراحي أو كونه واضح ومنفر. وأظهرت دراسات أخرى نسبا تتراوح بين 1٪ في المجتمع عموما وتصل إل 12٪ في عيادات الجلدية وإلى 15٪ في عيادات جراحة التجميل. عادة ما يترافق مع مرض نفسي آخر حيث وجد أن ما نسبته 90٪ لديهم علة نفسية أخرى مثل الاكتئاب والقلق وما نسبته الثلث أصيبوا بنوع من الذهان يوما ما(سلامة، 2010).

التشخيص

1 – الانشغال الطبيعي بالتشوهات في المظهر التي تحدث في المراهقة مثل حب الشباب Acne.

2 – نوبات الإكتئاب الجسيم واضطراب الشخصية التجنبية والرهاب الاجتماعي فالشخص في هذه الاضطرابات قد يضخم تشوهاته في المظهر، ولكنه ليس العرض السائد في الاضطراب.

3 –الاقتناع بالتشوه يصل إلى درجة الوهم (خليل، 2001)

الاسباب

تختلف الأسباب الدقيقة لاضطراب التشوه الجسمي من شخص إلى آخر. ومع ذلك، يعتقد معظم الأطباء بأنه من الممكن أن يكون مزيجاً من العوامل البيولوجية والنفسية، والعوامل البيئية من الماضي أو الحاضر (Didie et al، 2006) رغم ذلك فإن أسباب هذا الاضطراب غير معروفة على وجه التحديد. وهناك عوامل عدة قد تتضافر لتؤدي لظهور هذا الاضطراب ومنها:

- اعتلال توازن النواقل العصبية، وبالذات انخفاض مستوى مادة

السيروتونين والذي قد يكون السبب فيها وراثيا.

- قد يكون نوعا أو طيفا آخر لأمراض أخرى كالوسواس القهري، واضطراب القلق العام أو نقص الشهية العصبي.
- قد يظهر العامل النفسي والاجتماعي من حيث أن بعض أفراد طبقات المجتمع العليا أو المتميزين مثل المشاهير والذين يتوقع منهم الظهور بمظهر يليق بمكانتهم يجعلهم مهووسين بأشكالهم وقد يشكل هذا عاملا مهما في ظهور المرض (سلامة، 2010).
- يعتقد أنه شائع ولكن سببه غير معروف ويفسر ديناميًا بأنه يوجد معنى لا شعوري يضخم الجزء المتصور بأن هناك تشوه ما لديه، وإن الاضطراب يتضمن حيلا دفاعية هامة هي الكبت والانشقاق والتشويه والترميز والإسقاط (خليل، 2001)
- من الممكن أن تكون إساءة المعاملة والإهمال أيضا من العوامل المساهمة (Didie et al، 2006).

العلاج

لا ينجح أي إجراء طبي أو جراحي في الشفاء من هذا الاضطراب، فبعد إجراء العملية يعود الوهم نفسه إلى الدرجة التي كان عليها ان لم يكون أكبر أو ينتقل إلى أجزاء أخرى (سلامة، 2010). كما يرفض هؤلاء المرضى العلاج النفسي برغم معاناتهم الشديدة ويصرون على إجراء جراحات تجميلية، وياتي هنا دور المختص النفسي الى جانب جراح التجميل في تشخيص هذه الحالات، ويمكن إعطاء هؤلاء المضطربين بمساعدة الطبيب النفسي عقاقير مثل (بيموزيد : Pimozide) الذي له فعالية في تقليل الأعراض، وأحيانا تفيد مضادات الاكتئاب ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، وقد يلزم استمرار العلاج لفترة طويلة (خليل، 2001). ومن الأدوية أيضا ما تسمى بمثبطات

امتصاص السيروتونين الاختيارية (SSRIs)، ومن أمثلته sertralineو fluvoxamineو.fluoxetine ، علما إن الجرعات المستخدمة في علاج اضطرابات تشوه الجسم هي أكثر من تلك التي تستخدم في علاج الاكتئاب، وبمجرد الوصول إلى أقصى الجرعات ينبغي الاستمرار لمدة تصل من 12- 16 أسبوع (المسيري، 2010) وقد يستعمل مع العلاج الدوائي العلاج السلوكي المعرفي من أجل المحاولة في تغيير افكار المريض وسلوكياته نحو صورة جسمه (سلامة، 2010) كما قد يستعمل العلاج السلوكي لتغيير العادات السلوكية غير الصحية عن طريق التعزيز وعمليات الاقتران الشرطي (المسيري، 2010).

اضطراب الألم جسدي الشكل Somatoform Pain Disorder

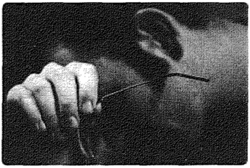
التعريف والوصف



يعرف هذا الاضطراب بأنه خبرة الفرد الألم المزمن الذي لا تفسير له من الناحية الجسدية (صالح، 2005). في حين عرفه (المالح، 2012) شكوى المريض من ألم في موضع معين من الجسم أو في عدة مواضع، مما يسبب له معاناة واضحة وتأثيراً على أدائه العملي والاجتماعي، وهو يرتبط بالعوامل النفسية في منشئه أو في زيادة شدته أو في استمراريته، ويمكن أن يكون الألم حاداً أو مزمناً كما يمكن أن يتزامن مع عوامل نفسية واضحة إضافة لعوامل عضوية.

لذا يتميز هذا الاضطراب بالانشغال بالألم في غياب مشاهدات جسدية مناسبة، تشير إلى عامل عضوي مسؤول عن الألم أو شدته، وهذا الألم إما غير متسق مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبي، أو يتسق مع التوزيع التشريحي ولكن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف (كالذبحة الصدرية أو ألم عرق

النسا)، وليس له آلية باثوفسيولوجية يعزى إليها كما هو الحال في صداع التوتر (Tension Headache) الناتج عن تقلص عضلي، وهذا الانشغال بالألم شديد يستمر لمدة ستة شهور على الأقل (خليل، 2001).



إن في هذا المرض يشكو المرض من ألم في موضع معين من الجسم أو في عدة مواضع، مما يسبب له معاناة واضحة وتأثيراً على أدائه العملي والاجتماعي، وهو يرتبط بالعوامل النفسية في منشئه أو في زيادة شدته أو في استمراريته، ويمكن أن يكون الألم حاداً أو مزمناً كما يمكن أن يتزامن مع عوامل نفسية واضحة إضافة لعوامل عضوية. وأهم مواضع الألم هي البطن والوجه والحوض والرأس والصدر (الجمعية الامريكية للطب النفسي، 2004).

والعلاقة بين العوامل النفسية والألم قد تكون ظاهرة في بعض الحالات، حيث توجد علاقة مبدئية بين بدء الألم أو اشتداده والصراع النفسي أو الحاجة النفسية، وقد تكون العلاقة غير ظاهرة. مما يدفع المريض في هذا الاضطراب الى زيارة للأطباء بكثرة للحصول على ما يخفف الألم رغم طمأنة الأطباء له (Doctor Shopping) فضلا عن ذلك قد يسرف المريض في تعاطي المسكنات دون أن تخفف حدة الألم ويطلب إجراء جراحات، وعادة يرفض عزو الألم إلى عوامل نفسية، وفي بعض الحالات يكون للألم أهمية رمزية مثل الألم الذي يشير إلى ذبحة صدرية لدى شخص مات والده من مرض بالقلب، ويكثر في التاريخ المرضي السابق لهؤلاء المرضى وجود اضطراب التحول، وكثيرا ما توجد أعراض الإكتئاب الجسيم (خليل، 2001).

الأعراض

تصنف الجمعية الأمريكية 2004 أعراض اضطراب الألم جسدي الشكل على وفق الآتي :

A- يكون الألم في موضع تشريحي أو أكثر غالباً على التظاهر السريري وهو بشدة كافية لكي يستحق انتباهاً سريرياً.

B- يسبب الألم ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو مجالات هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

C- يكون الحكم السريري هو أن للعوامل النفسية دوراً هاماً في ابتداء الألم أو شدته أو مفاقمته أو الإبقاء عليه.

D- العرض أو العجز ليسا محدثين عمداً أو مختلقين (كما في الاضطراب المفتعل أو التمارض).

E- لا يعلل الألم نتيجة أفضل اضطراب أخر كما في اضطراب مزاج أو قلق أو اضطراب ذهاني ولا يحقق معايير عسر الجماع (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2004).

في حين صنف منظمة الصحة العالمية، 2001 هذا الاضطراب على وفق الآتي :

1 – وجود الألم في واحد أو أكثر من الأماكن التشريحية وهو العرض السائد في الصورة السريرية.

2 – الألم يسبب انزعاجاً أو خللاً اجتماعياً أو وظيفياً.

3 – العوامل النفسية لها دور هام في بدء وشدة وتفاقم أو استمرار الألم.

4 – العرض (الألم) لم يستحدث عن قصد كما في اضطراب استحداث أعراض جسدية ولم يلفق كما في التمارض.

5 – ليس الألم جزءاً من اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الوجدان أو القلق أو اضطراب ذهاني و لا يتفق مع مواصفات ألم ما بعد الجماع.

فضلا عن الأعراض المصاحبة فهناك مؤشرات مهمة على هذا الاضطراب وهي :

1 – تغيرات حسية أو حركية.

2 – كثرة زيارة الأطباء للحصول على مسكنات أو طلب جراحات.

3 – يرفض عزو الألم لعوامل نفسية.

4 – قد يكون للألم أهمية رمزية (منظمة الصحة العالمية، 2001).

أنواع اضطراب الألم جسدي الشكل

يصنف اضطراب الألم على وفق تصنيف (منظمة الصحة العالمية، 2001) إلى الأنواع الآتية :

1 – اضطراب الألم المرتبط بعوامل نفسية، حيث يكون للعوامل النفسية الدور الأعظم في بدء أو شدة أو تفاقم أو استمرار الألم، ويحدد ما إذا كان حاداً (مدته تقل عن ستة شهور) أو مزمناً (مدته ستة شهور أو أكثر).

2 – اضطراب الألم المرتبط بكل من عوامل نفسية وحالة مرضية جسدية، وهو أيضا حاد أو مزمن.

3 – اضطراب الألم المرتبط بحالة مرضية جسدية وهو لا يعد ضمن الاضطرابات النفسية

العمر والانتشار

يبدأ عند أي سن من الطفولة إلى الشيخوخة ولكن يكثر حدوثه في الثلاثينيات والأربعينيات، والبداية مفاجئة وتزداد شدته عندما تستمر مدته

لإسابيع أو شهور عدة، وفي أغلب الحالات يظل ثابتا لعدة سنوات، متى يأتي المضطرب بعدها للعلاج النفسي، ونظراً لأن الاضطراب مزمن والألم مزعج للمريض فإنه كثيراً ما يعوقه عن العمل وكثيراً ما يعتمد على المسكنات والمهدئات فيصبح مدمناً، أو يلجأ لإجراء عمليات جراحية لا داعي لها. وينتشر هذا الاضطراب بشكل شائع خاصة خلال الممارسة الطبية حيث يعد الألم أكثر الشكاوى المرضية شيوعاً. وتصل نسبته بين الإناث إلى ضعفها لدى الذكور، وقمة انتشاره في العقد الرابع والخامس، كما يزداد بين الطبقات الكادحة (خليل، 2001)

التشخيص:

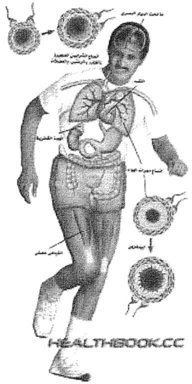
1 – المثول الدرامي بألم عضوي : حيث يصعب تمييزه لضآلة المشاهدات السريرية ولكن لا يوجد سبب عضوي و لا توجد مواصفات الألم النفسي.

2 – يجب التمييز بين اضطراب التجسيد و الاكتئاب و الفصام فقد يشكو المريض من آلام عديدة في هذا الاضطرابان ولكن نادراً ما يسود الألم الصورة السريرية.

3 – إن المصاب بهذا الاضطراب لا يدعي بالألم على سبيل المثال يدعي مدمن الأفيون بأنه يشكو ألماً جسمياً ليحصل على الأفيون.

4 – لا يرتبط اضطراب الألم بتقلص العضلات بسبب وجود آلية باثوفسيولوجية تفسر الألم (منظمة الصحة العالمية، 2001).

وقد يجري اختيار الترميز التشخيصي للألم بناء على الحالة الطبية العامة المرافقة إذا تم تأكيد هذه الحالة.أو بناء على الموقع التشريحي للألم إذا لم تكن الحالة الطبية العامة المستبطنة قد تحددت بصورة واضحة بعد. وتحدد مواقع الألم في الغالب في الأماكن الآتية



- أسفل الظهر.
- الورك.
- الحوض.
- صداع الرأس.
- الوجه.
- الصدر.
- المفاصل.
- العظام.
- البطن.
- الثدي.
- الكليتين.
- الأذنين.
- العينين.
- الحنجرة.
- الاسنان.
- الجهاز البولي (حسون، 2004)

أسباب الألم جسدي الشكل :

1 – عوامل بيولوجية : يمكن لقشرة المخ أن تثبط روافد الألم وربما يكون السيروتونين هو الناقل العصبي الرئيسي في التثبيط ويحتمل أن يكون هناك دور تلعبه الاندورفينات (الأفيونات الداخلية) في تعديل الشعور بالألم ويبدو أن نقصها هو المسؤول عن زيادة الألم.

2 – عوامل بيئية واجتماعية : ترى نظرية التعلم أن سلوكيات الألم تتعزز

عندما تكافأ وأنها تنطفئ (تثبط) عندما يتم تجاهلها أو عقابها ، فعندما يتعود الشخص أن شكواه من الألم سوف تعطيه اهتمام المحيطين به وأنها تجنبه الأنشطة التي يكره مزاولتها فإنها (شكوى الألم) سوف تتعزز لديه، ومن ثم فان التربية المحيطة تنمي هذا الاضطراب أو تمنعه.

3 – عوامل نفسية : ترى المدرسة التحليلية أن للألم معنى نفسياً تكوّن من خبرات الطفولة فهو طريقة للحصول على الحب أو عقاب للنفس تحت تأثير الشعور بالذنب، لذا يستعمل المريض في ذلك حيلاً دفاعية هي النقل والاستبدال والكبت، وقد يكون للتماهي كحيلة دفاعية دوراً عندما يكون موضوع الحب لدى المريض (أحد الوالدين) يعاني ألما ، ويكون لحيلة الترميز دوراً عندما يمثل الألم تعبيرا عن وجدان غير ظاهر (منظمة الصحة العالمية، 2001).

علاج اضطراب الألم جسدي الشكل :

1. العلاج الدوائي : إن اعطاء مرضى هذا الاضطراب لعقاقير مسكنة لا يكون مفيدا فضلا عن أنه يصبح قد يصبح مدمنا خاصة وأن هذا الاضطراب مزمناً، وكذلك أن إعطاء المهدئات ومضادات القلق ليست لها ما يبررها فضلا عن أنها بعد فترة من تعاطيها تصبح هي مشكلة أخرى حيث يحدث الإدمان. أما إعطاء مضادات الاكتئاب مثل الاميتربتيلين (Amitryptiline) أو الايمبرامين (Imipramine) مفيدا حيث يقلل هذان العقاران الألم من خلال مفعولهما المضاد للاكتئاب أو بواسطة إثارتهما للمسارات العصبية المثبطة للألم.
2. العلاج النفسي : كي يكون العلاج الدوائي مفيدا فمن الواجب استعمال تمارين الاسترخاء والايحاء الذاتي بوصفها اساليب تغذية حيوية مرتدة (Biofeedback) في تخفيف الألم، كما أن التنويم والإيحاء

المصاحب له وكذلك الإثارة الجلدية للعصب المقابل تهد حيلا مستعملة وأحياناً تستعمل جراحة لقطع العصب الناقل للألم، ولكن هذه الأساليب فقط تسكن الألم مؤقتا وغالبا ما يعود الألم بعدها. لذا فإن العلاج النفسي يعد هاما في علاج هذا الاضطراب وفهم ما يعنيه الألم بالنسبة للشخص فهما ديناميا فضلا عن تدريبه على أساليب الاسترخاء وممارسة التمارين الرياضية وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة. وأحياناً يلزم وضع هؤلاء المرضى في مستشفيات وفي برنامج للسيطرة على الألم (Pain Control Program) إذ يستعمل العلاج المعرفي والسلوكي والجماعي (خليل، 2001).

الفصل الثامن
اضطرابات الأكل



8

الفصل الثامن

اضطرابات الأكل

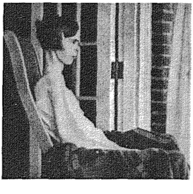
اضطرابات الأكل Eating disorders

حالة مرضية

انا فتاة عمري 22 سنة اصبت بفقدان الشهية عندما بدأت بعمل حمية منذ سنتين، ولكن خلال ذلك بدأت أشعر بصورة متزايدة بعدم الرغبة في الاكل، وفقدان تام للشهية، كما بدأت أشعر بالاكتئاب، والمرض، وأن صحتي ليست هي كما في الماضي، وسرعان ما اتعب حتى لو كان العمل بسيطا، وفقدت تركيز وانتباهي نحو الاشياء، كما توقفت لدي أعراض الدورة الشهرية وهذا شيء مقلق للغاية. وانا الآن طالبة جامعية في السنة الرابعة، وأعيش غربة عن ذاتي وعن من حولي، واكاد اموت او تنطفى حياتي، ولا احد من اهلي يشعر بي بل يزيدون علي بالعكس والصراخ وخاصة أمي ولولا خوفي من الله لقتلت نفسي كي أوقف المأساة التي اشعر بها.

التعريف

جذبت اضطرابات الاكل - EATING DISORDERS الكثير من الانتباه في السنوات الاخيرة، وخاصة في اماكن الجامعة، حيث يميل الى أن يكون بارزا. فعلى الرغم من وعي الجمهور العام بالوعي الصحي للاكل ومضاره، فأن بعض الاوهام (المفاهيم الخاطئة) misconceptions ما زالت باقية. على سبيل المثال ان تقليل الاكل بدرجة كبيرة يعطي



جسم صحي ومثالي أو أنه أحد انواع الزهو، إلا أن الكثير من الناس وخاصة النساء يعانون من اضطرابات الاكل، مما تتداخل هذه الاضطرابات مع القضايا التي تحدد من هم، و ماهي قيمتهم، والقدرة على الاعتناء بأنفسهم، أو أقامة العلاقات الاجتماعية والعاطفية (Hewstone et.al , 2005)

وتعرف اضطرابات الاكل بأنها :

مجموعة الحالات التي تعرف من خلال عادات الأكل الشاذة، والتي قد تتضمن إما بكمية غير كافية من الغذاء أو كمية مفرطة مما يؤدي إلى الضرر بحالة الفرد الجسمية والعقلية (Hudson et.al , 2007). إذ إن نتائج اضطرابات الأكل شديدة على الفرد، وقد تؤدي إلى إصابات شديدة، أو تعطل بعض الوظائف الفسيولوجية، وقد تؤدي أيضا إلى الموت سواء كان ذلك من خلال التأثيرات الطبية الجسدية الناتجة من عادات الأكل أو حالات التفكير الانتحارية .(Crow et.al , 2009)

وعلى الرغم من ذلك يشترك المصابين باضطرابات الاكل في أربعة اشياء مهمة، هي :

- تشوه صورة الجسم distorted body image (وهو تقييم خاطئ inaccurate assessment حول الوزن والشكل).
- خوف شديد من وجود الدهن fat.
- أحساس بالذات يتمحور حول جسم الفرد ووزنه.
- تنظيم الاكل بواسطة العمليات النفسية بدلا من العمليات الفسيولوجية. (Hewstone et.al , 2005)

الاعراض العامة لاضطرابات الاكل

- الاحساس بالتعب وعدم القدرة على مزاولة الاعمال الاعتيادية اليومية.

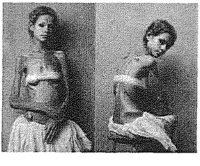
- اضطرابات صحية مختلفة مثل توقف النمو، وحدوث تلف في العظام والاعضاء الداخلية، وظهور حب الشباب، والاسهال، وسوء الهظم، الفشل الكلوي، وحدوث مشاكل في القلب، وتلف في الاسنان وغيرها.
- توقف الدورة الشهرية وخطورة حدوث العقم.
- احتمالات الاصابة بالكآبة، والقلق النفسي، والسلوك الوسواسي.
- ضعف التركيز والانتباه والتذكر مما يؤدي الى حدوث مشاكل في الدراسة والعمل.
- فقدان الثقة بالنفس.
- الانعزال عن الاصدقاء.
- الاتكال على الاخرين بشكل تام (الجمعية العراقية للصحة النفسية، 2005).

أنواع اضطرابات الأكل

تنقسم اضطرابات الأكل على أنواع عدة، وهي :

فقدان الشهية العصبي أو القهم العصبي AN (Anorexia nervosa) **:**

وهو اضطراب في علاقة الإنسان بالأكل، ويتميز بتعمد إنقاص الوزن من خلال تقليل كمية الأكل مع خوفٍ شديدٍ من البدانة وخللٍ في الإدراك الذاتي لصورة الجسد، مع انشغال وسواسي بكل ما يتعلق بالأكل وبوزن الجسد وبأساليب الحمية المختلفة، مما ينتجُ عنه نقصٌ في وزن الجسد بشكلٍ يعرضُ حياة المريض للخطر، ويسبب انقطاع الطمث في الإناث (يحيى، 2010).



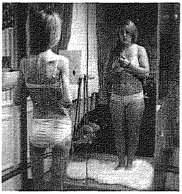
لـذا يتميـز هـذا الاضـطراب بـرفض إبقـاء وزن الجسـم بصـورة معتدلـة وصـحية، وأفكـار وسواسـية بشـأن كسـب الـوزن، وأدراك غـير حقيقـي لـوزن الجسـم الحـالي. ويمكـن ان يتسـبب فقـدان الشـهية العصـبي، بفقـدان الرغبـة بالجنس، وفقدان صحة جلد الجسم، وكذلك ينجم عنه الاصابة بالنوبة القلبيـة، ومشـاكل القلـب ذات العلاقـة ويـزداد فيـه خطـر الإصـابة بـالموت (Neumaker , 2000)

ويميل المصابين بفقدان الشهية العصبي إلى ابقاء وزن الجسم طبيعيا، كما يحدد النـاس المصابين بفقدان الشـهية العصـبي كميـة غذائهم مـن خـلال الحمية diet، ويقومـون بعمـل التمـارين الرياضـية الزائـدة، لـذلك تصـبح اوزان المصـابين بفقدان الشهية العصبي في اغلب الاحيان قليلة جدا، بحيث قد تتوقف اجسامهم عن القيام بوظائفها الطبيعية عادة (مثل توقف الاناث عن الحيض) ويبدون نحفـاء في اغلب الاحيان. وقد يميل فاقدو الشهية إلى الامور الاتية :

- الانجذاب نحو الكمال، والتركيز في النحافة، والعمل الشاق.
- حاجة قوية لارضاء الاخرين، ولديهم وعي قليل تجاه أنفسهم.
- لديهم دافعية عالية نحـو الانجـاز، لكـنهم يشـعرون بـالقلق مـن اسـتقلال قدراتهم.
- بعض الناس من المصابين بفقدان الشهية العصبي ينشـغلون ايضـا بعمليـة افـراط الاكـل وتسـهيله، ولـديهم خصـائص شخصـية أخـرى، ويعيشـون على غرار المصابين بالشره المرضي (Hewstone et.al , 2005)

عـادةً مـا يبـدأ اضـطراب الشـهية العصـبي Nervosa Anorexia في العقـد الثاني من العمر وغالبا بعد البلوغ بثلاثة أو أربعة سنوات. ويبـدأ عنـدما يتبـع الفـرد نظـام حميـة (ولكـن لـيس كـل مـن يتبـعُ حميـة منحفـة يصـبح مـريض بالشـهية العصبي أو غيره من اضطرابات الأكل)، وفي نسبة تصل إلى الخمسين بالمائـة مـن الحـالات تسـبق بدايـة الاضـطراب أحـداث اجتماعيـة معينـة كـأن تتعـرض الفتـاة

للسخرية بسبب شيء ما في مظهر جسدها مثلا حجم البطن أو الأرداف أو انتقاد أحد الأشخاص لبدانتها بوجه عام، وربما يكون الحدث هو دخول الجامعة أو التقدم لوظيفة جديدة أو تغيير المسكن أو الابتعاد عن الأسرة لسببٍ أو لآخر، بحيث تجد الفتاة أن حجم المسؤولية الملقاة على عاتقها قد زاد عن ما اعتادت عليه، وإن كانت مثل هذه الأحداث الحياتية بالطبع تحدث للكثيرات دون أن يصبن باضطراب الشهية العصبي. إذن تتسم المراحل الأولى عندما تبدأ البنت في اتباع نظام غذائي بجدية وإصرار، وعادة ما ينتزع ألفاظ الإعجاب من الصديقات والقريبات، وتتبع المريضة ذلك بتجنب متعمد للنشويات والسكريات وللأكل كله إن استطاعت، وعندما يبدأ فقدانها للوزن في عبور الحدود التي يطمئن لها المحيطون بها ويبدءون الإعراب عن قلقهم عليها تواجه المريضة ذلك بأن تجعل الأمر سرا ما بينها وبينَ نفسها وتضطر في كثير من الأحيان إلى الكذب على أسرتها فيما يتعلق بكمية ما تتناوله من غذاء، فهي تحرص على تناول الطعام بمفردها وفي أوقات وأماكن لا يراها فيها أحد، كما أنها تستغرق وقتا طويلا في تناول طعامها لا لأنها تأكل كمية كبيرة وإنما لأنها مثلا تقطع الطعام إلى قطع صغيرة وتمضغ كل قطعة لفترة طويلة. وكثيرات من المريضات يبدين اهتماما ملحوظا بإعداد الطعام للأسرة فتراها تقضي ساعات طويلة في إعداد وجبات غنية بالسعرات لكنها لا تتذوقها مجرد التذوق إلا كما تتذوق المرأة الصائمة طهيها لتعرف مدى انضباط درجة الملوحة فيه على سبيل المثال أي أنها تتذوق ثم تبصق ما تذوقته ولا تبلعه، وتوجد لدى المريضة خلال هذه الفترة أعراض نفسية منها القلق والاكتئاب والتحفز والعدوانية إذا زاد وزنها، في مقابل الانشراح والانبساط إذا نقص واستعادت التحكم فيه (ابو العزائم، 2010).



وفي المراحل المتأخرة من الاضطراب يحدث في نسبة قد تصل إلى ما بين الثلاثين والخمسين بالمائة من المرضى نوع من فقد القدرة على التحكم في الشهية أو تجويع الذات، فتحدث نوبات من الشره Binge Eating تتناول فيها المريضة كميات كبيرة من الطعام الغني بالسعرات الحرارية وأثناء هذه النوبات تأكل المريضة بسرعة وتحس بعدم قدرتها على إيقاف الأكل أو التحكم فيما تأكل وما لا تأكل، وفي بعض الحالات لا تتوقف المريضة عن الأكل إلا بسبب آلام البطن الشديدة، وفي بعضهن يحدث التقيؤ كنتيجة لذلك، وأما الأخريات فغالبا ما يلجأن إلى الاستقاءة (الإحداث المتعمد للقيئ) بالضغط على الجزء الخلفي من اللسان وذلك كي لا يتسبب ما تم أكله خلال نوبة الأكل في زيادة الوزن، وبعض المريضات يستعملن المسهلات التي تزيد من حركة الأمعاء ظنا منهن بأن ذلك سيسبب عدم إكمال امتصاص الغذاء منها وبالتالي الإسهال، وبعضهن يقمن بمجهود عضلي مبالغٍ فيه لنفس السبب، وبعضهن يتبعن نوبة الأكل تلك بالصيام لفترة طويلة، ومن الممكن بالطبع أن تحدث كل هذه الوسائل المقللة للوزن في مريضة اضطراب الشهية العصبي من دون اشتراط لحدوث نوبات الأكل، وبعض المريضات اللاتي فقدنَ القدرةَ على تجويع الذات ولا يستطعن الاستقاءة، يقمن بمضغ ما يحلو لهن من الطعام ثم تفله من الفم دونَ أن يبلعنه (يحيى، 2010)

ومن محكات فقدان الشهية العصبي على وفق معيار الجمعية الامريكية للطب النفسي كالآتي:

المحكات التالية لتشخيص فقد الشهية العصبي كأحد اضطرابات الأكل على النحو التالي:

1. رفض الإبقاء على وزن الجسم عند المعدل الطبيعي الذي يتناسب مع الطول والعمر، أو الإبقاء على وزن الجسم أقل من 25 ٪ من المتوقع، أو عدم القدرة على تحقيق الزيادة المتوقعة في الوزن خلال فترة النمو مما يؤدى إلى أن يصبح وزن الجسم أقل مما هو المتوقع.
2. الخوف الشديد من زيادة الوزن أومن أن يصبح الفرد بديناً حتى إن كان وزنه أقل من معدله الطبيعي.
3. حدوث اضطراب في الطريقة أو لأسلوب الذي يتبعه الفرد في ابقاء وزن أو شكل جسمه، مع التأثير المفرط لوزن الجسم أو شكله على تقييم الفرد لذاته، أو أفكاره لخطورة انخفاض وزن جسمه أو نقصه وذلك بالصورة التي يكون عليها.
4. انقطاع الطمث غير الطبيعي لدى الإناث وذلك بعد بداية الدورة الشهرية، وانقطاعها ثلاث شهور متتالية .

وهناك مجموعتان من المضطربين المصابين بفقدان الشهية العصبي، هما:

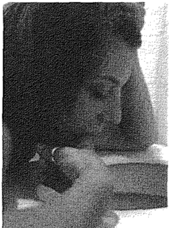
- المجموعة الأولى: وهي التي تفقد الوزن من خلال تقليل الطعام بشدة وتشكل ما يقرب من 60 ٪ من مرضى فقدان الشهية العصبي.
- المجموعة الثانية: وهي التي تأكل حتى التخمة، وتتقيأ محاولة بذلك منع امتصاص الجسم للطعام من خلال حث الذات على التقيؤ أو استخدام الملينات (المسهلات) أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية أو التدخين بشراهة.

النهام العصبي (Bulimia nervosa BN) :



يـأتي مصـطلح الشـره أو النهـام العصبي Bulimia من كلمة يونانية هي Bous Limos وهي تعنى جوع الثور وهـو أسـم مغلوط لأن الجـوع الحقيقـي غير مـرتبط بـالمرض. والشـره العصبي يعد مـرض مختلف عن فقدان الشـهية العصبي وقد يكون أكثر شيوعاً منه، فقد أشارت أحد الدراسات أن الشـره يعادل في انتشاره 6 مرات فقدان الشهية بين عينة من طلبة جامعة واشنطن. وحينما تم افتتاح عيادة لإضطرابات الأكل جامعة كاليفورنيا لخدمة مرضى فقدان الشهية العصبي تحديداً سرعان ما غير المتخصصين اهتمامهم نحو مرضى الشـره العصـبي لأن عـددهم يعـادل (5)مـرات مرضـى فقـدان الشـهية العصبي(الببلاوي، 2010).

لذا يتميز المصاب هنا به بالأكل المفرط والمستمر، الذي يتبعه سلوك



إرجاعي للأكل مثل تسهيله (وعلى سبيل المثال تحفيز الذات على التقيؤ، واستعمال مفرط من المسهلات، والتمارين المفرطة) وقد يص وم الأشخاص النهمون لفـترة زمنيـة معينـة بعـد الإفـراط في الأكـل (Striegel-Moore & Franko , 2008)

ويميل الناس في الشره المرضي الى أن يكون وزنهم طبيعيا واحيانا زائدا، فضلا اتباع سلوكيات متكررة للاكل وتسهيله (تسهيل البطن). ولذلك فإن أثناء عملية الافراط بالاكل، يختزن الناس المصابين بالشره المرضي bulimic people عدد كبير من السعرات الحرارية في فترة زمنية قصيرة، والشعور بفقدان

السيطرة على الاكل أثناء القيام بذلك، ومن ثم عملية الافراط بالاكل والقيام بسلوك التسهيل purging behaviour، أو التقيأ vomiting عادة، وأخذ المسهلات laxatives، والصيام fasting، أو زيادة التمارين excessive exercise.

وعلى العموم تتضمن الاعراض الاخرى للشرهين عصبيا :

- أن حياتهم فوضوية بعض الشيء.
- التوجه نحو الاندفاع impulsive (التصرف بتهور)، والقلق الانفعالي، والاحساس بالرفض sensitive to rejection، والحاجة الى الاهتمام need of attention.
- الاكتئاب أو استعمال المواد ذات التأثير النفسي.(Hewstone et.al , 2005)
- يحاول أغلب الاشخاص ذوى الشره العصبي من أجل عدم زيادة وزنهم إلى إتباع نظام غذائي صارم، ولكن مع استمرارهم في هذا النظام فإنهم يشعرون بالحرمان المؤلم والجوع الشديد والدائم، فهم يبقون في حالة من الجوع حتى بعد الأكل، رغم ذلك فإنهم لا يستطيعون مقاومة حالة الجوع التي يعانون منها ،ومن ثم يأكلون، وهذا السلوك يشعرهم بالتعاسة والذنب وعدم القدرة على الضبط. ومن هنا تزداد جهودهن لضبط الطعام أو التخلص منه بالقئ أو ممارسة الرياضة أو استخدام المسهلات أو مدرات البول. لذا فإن هذا القئ يخفف بسرعة تعاسة المصابين ويقلل لديه مشاعر الذنب، وهكذا يصبح لدى هؤلاء الاشخاص الحل المناسب لتجنب الجوع عن طريق تناول الأكل وتقيؤه .

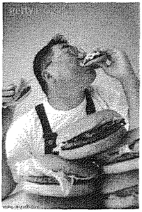
ومن الأسباب التي تعجل بحدوث الشره العصبي والتي من بينها: تكرار إتباع نظام غذائي قبل بدء الشره المرضى وحدوث تقلبات في الوزن ما بين السمنة والنحافة، إذ تسهم فكرة الفتى أو الفتاة عن نفسها بأنها مفرطة في الوزن في نمو متلازمة الشره المرضى. ومن المسببات تعرض الفرد للأحداث المثيرة للضغوط النفسية، حيث يذكر 88٪ من ذوى الشره العصبي أنهم تعرضوا في بداية

إصابتهم للشره لبعض أشكال الفقدان (كفقد أحد الوالدين أو الأصدقاء..) أو الصراعات والانفعالات غير السارة .

فضلا عن ذلك يرى المختصون أن الشره العصبي يتضمن عناصر معرفية وأخرى سلوكية، أما العناصر المعرفية فتتضمن الانشغال الزائد بوزن الجسم، وحجمه، وشكله، ورغبة الفرد في أن يكون أكثر نحافة حيث تضع النماذج الخاصة بالشره العصبي أهمية كبيرة على نسق القيم في المجتمع والذي يجعل من النحافة هدفاً مرغوبا خاصة بالنسبة للإناث. هذا إلى جانب إدراك الفرد أنه لا يمكنه يسيطر على نفسه أثناء نوبات الأكل أو حتى عندما يرى الطعام، في حين تضم العناصر السلوكية نوبات متكررة من الأكل، والتقيؤ المثار ذاتيا، وزيادة في الوزن (الببلاوي، 2010).

ومن محكات تشخيص النهم العصبي على وفق محك الجمعية الامريكية للطب النفسي الآتي

1. حدوث نوبات متجددة من الأكل حتى التخمة وتتميز نوبة الأكل بالآتي:



- ان يأكل الفرد خلال فترة زمنية محددة كأن تكون كل ساعتين مثلاً، وتناول كمية كبيرة من الطعام تزيد عما يستهلكه الناس خلال الفترة الزمنية نفسها.
- شعور الفرد بفقدان القدرة على ضبط سلوك الإفراط في الأكل، حيث لا يستطيع التوقف عند تناول الطعام، وأنه لا يستطيع التحكم في نوع الطعام الذي يتناوله.

2. المحاولات المتكررة لإنقاص الوزن من خلال سلوك تعويضي غير ملائم لإنقاص الوزن وذلك بإتباع نظام غذائي صارم أو حث الذات على القئ

أو استخدام المسهلات أو مدرات البول .

3. أن يكون المتوسط الأدنى من نوبات الأكل حتى التخمة والتخلص منه مرتين أسبوعيا لمدة 3 شهور .

4. أن يتأثر التقييم الذاتي للفرد بشكل جسمه، ووزنه .

5. لا يحدث هذا الاضطراب خلال نوبات فقد الشهية العصبي.

أضطرابات أخرى :

- **اضطراب الأكل المفرط Binge eating disorder (BED)** أو ما يسمى بالتخمة القهرية compulsive overeating COE : ويتميز بأن يكون الأكل المفرط بدون سلوك إرجاعي للأكل (Striegel-Moore & Franko , 2008) .

- **اضطراب التسهيل (التبرئة) Purging disorder** : ويتميز بالتسهيل أو التبرئة المتكررة للحفاظ على الوزن ويتشكل هذا الاضطراب في غياب حادثة الأكل المفرط (Tarren-Sweeney & Hazell , 2006)

- **الاجترار Rumination** : ويتميز بالتقيؤ المستمر للطعام بعد كل وجبة وهو غير مؤلم في الوقت نفسه، والشخص المجتر أما يمضغ الطعام ثانية أو يبتلعه مرة أخرى أو يطرحه إلى الخارج (Tarren-Sweeney & Hazell , 2006).

- **الشهية الشاذة Diabulimia** : وتتميز من خلال المعالجة المتعمدة لمستويات الأنسولين بواسطة المصابون بالسكر من أجل المحاولة في السيطرة على وزنهم (Tarren-Sweeney & Hazell , 2006).

- **اضطرابات الأكل غير المحددة Eating disorders not otherwise specified (EDNOS** : وتشير إلى حالات متعددة مثل المرأة التي تعاني من حالات متذبذبة من فقدان الشهية، والشخص الذي لديه وزن صحي لكنه

يمتلك أفكاراً وأنماطاً من السلوكيات التي تؤدي به إلى فقدان الشهية كما تشمل الشخص النهم وفاقد الشهية (Klump et ,al , 2001).

- **متلازمة الأكل الليلية Night eating syndrome** : ويتميز المصاب له بفقدان الشهية في الصباح ورغبة قوية في الأكل وقت المساء وترتبط هذه الحالات بالأرق المزمن وإصابة الهيبوثلاموس hypothalamus (Klump et ,al , 2001).

- **عصابية تناول الطعام الصحي Orthorexia nervosa** : وهو مصطلح اطلقه "ستيفن براتمان" Steven Bratman ويتميز المصاب به بأنه مولع باستخدام حمية صرفة، بحيث تتدخل في حياة الشخص الشخصية والاجتماعية (Klump et ,al , 2001).

العمر والانتشار

يبدأ كل من الشره المرضي وفقدان الشهية بصورة مثالية في مرحلة المراهقة adolescence ويمكن أن يصبح مزمنا chronic. على سبيل المثال حوالي ثلث من الناس المصابين بفقدان الشهية anorexia سيكون لديهم اضطراب دائم. يشكل كل من الشره المرضي وفقدان الشهية عامل مهدد وخطر للصحة، وخاصة فقدان الشهية. والذي فيه 5٪ من الناس يموت بسبب سوء التغذية malnutrition والمضاعفات الاخرى ذات العلاقة (Hewstone et.al , 2005)وعلى العموم تنتشر اضطرابات الأكل في جميع أنحاء العالم بين الرجال والنساء، ويصاب به الإناث اكثر من الذكور، وهناك احتمالية متزايدة في زيادة خطر الإصابة المتزايدة لدى النساء في العالم (Cummins & Lehman , 2007) إذ تقدر نسبة انتشار اضطرابات الأكل بين النساء في العالم 28 ٪ أي بواقع 280 امرأة من أصل 100000 من النساء ولاسيما النساء الشباب. وتقدر نسبة الإصابة الآن من النساء بـ (بليون امرأة) (Hoek , 2002).

الأسباب

1. الاسباب الوراثية :

تشير الادلة إن للوراثة مساهمة في ظهور اضطرابات الاكل فإشارات الدراسات الجينية ومنها دراسة Branson et.al , 2003 إلى أن جين MC4R أثر في انتقال اضطراب النهام العصبي لدى الأشخاص البدناء ، في حين وجدت دراسة Ribases et.al , 2004 أن جين BDNF يؤدي دوراً رئيساً في ظهور اضطراب فقدان الشهية العصبي. أما دراسات التوائم فقد وجدت دراسة Heath et.al , 1989 التي أجريت ثلاث مرات على 907 زوجاً من التوائم المتماثلة و 704 زوجاً من التوائم الأخوية في عمر يتراوح بين 18 – 22 سنة أن نسبة التوافق الوراثي بينهم قد بلغت 9 , 50 ٪. في حين وجدت Kendler et.al , 1991 أن نسبة التوافق الوراثي في فقدان الشهية العصبي لدى التوائم المتماثلة قد بلغ 70 ٪ أما نسبته في التوائم الأخوية فقد بلغت 46 ٪. أما دراسة Klump et.al , 2007 التي هدفت الدراسة إلى معرفة التأثير الوراثي في ظهور اضطراب الأكل على عينة من التوائم من عمر 11 – 18 سنة ، فقد وجدت أن التأثير الوراثي في اضطراب الاكل بلغت نسبته في عمر 11 سنة 6 ٪ في حين ارتفعت النسبة ما بين عمر 14 – 18 سنة إلى 46 ٪.

2. الاسباب البيولوجية :

تتركز الاسباب البيولوجي على الخلل الوظيفي في الهيبوثلاموس hypothalamus (جزء من الدماغ ذو علاقة بسلوك الاكل eating behaviour) وعدم تنظيم السروتونين serotonin Wolfe, Metzger & Jimerson, 1997; see (Ferguson & Pigott, 2000). وفي الوقت الحاضر لا يوجد دليل بان هذا الخلل الوظيفي يسبب اضطراب الاكل، ولكن من المحتمل ان يؤثر على مسار الاضطراب.

3. الاسباب النفسية : وتتمثل بالآتي :-

أ. التعرض للقسوة في الطفولة، فتعرض الطفل للاعتداء البدني والنفسي والجنسي يعد عاملا معجلا في ظهور اضطرابات الاكل، وتشير احد الدراسات ان الاطفال الذين يتعرضون للاعتداء قد يتطور لديهم اضطراب الاكل بوصفه محاولة لكسب بعض الاحساس بالسيطرة والاحساس بالراحة. في حين ان بعض انواع الاعتداءات قد تؤدي الى حدوث خلل في بعض مناطق الدماغ المسؤولة عن الاكل فتسبب الاضطراب. في حين اشارت دراسة Tarren-Sweeney ,2006 التي اجريت في نيوزلندة ان ما يقارب 25 ٪ من اطفال الملاجئ الذين لا يخضعوا الى تنشئة سليمة قد ظهرت لديهم اضطرابات الاكل (Horesh .et.al ,1996).

ب. العزلة الاجتماعية : تشير الدراسات الى ان الافراد المنعزلين اجتماعيا لديهم الكثير من الاعراض الانفعالية والاجتماعية غير الطبيعية، وأنهم يتعرضون جراء ذلك للكثير من القلق والحزن والضغوطات النفسية، وكمحاولة لتحسين وتعديل مشاعرهم المحزنة وللتخلص من القلق والضغوط ينشغل هؤلاء الافراد بحالة تسمى بالاكل الانفعالي emotional eating كمحاولة للتوافق النفسي، مما يجد الفرد في هذا الحالة نوع من الراحة النفسية (Troop & Bifulco ,2002).

ج. القوى الاجتماعية : تعد الضغوطات الاجتماعية social pressures والقوى الثقافية cultural forces. حيث احد المجموعات الاساسية للعوامل النفسية في تطور ومسار اضطراب الاكل فتعد النحافة thinness في بعض الثقافات مثال عالي في الجاذبية والجمال. لذا يكون اضطراب الاكل فيها سائد بكثرة. كما أن هناك كثير من التوقعات والامال نحو النحافة في كل مكان، في العائلة family، والاعلام media،

والمجتمع بشكل عام. ويقبل المراهقون، وبصورة خاصة الشابات على هذه التطلعات، وقد يعتمد احساسهم الكامن في قيمتهم لذواتهم على أن يكونوا نحيفين. فضلا عن التعزيز الاجتماعي الذي يحثهم الى أن يكونوا نحيفين. ففكر كم مرة سمعت شخصا ما يقول " آوه، لقد فقدت وزنا كثيرا، أنت تبدو رائعا ". مثل هذا الاعتقاد قد يعزز لدى الشباب الحساسين بأن يكونوا نحيفين، وتكون الرغبة في ان يصبحوا نحيفين مثيره للاهتمام (Hewstone et.al , 2005)

د. التجارب الشخصية المؤلمة : تدخل سمات الشخصية في الإصابة باضطرابات الأكل إذ تؤثر مشكلات الطفولة مثل الفقر ونزاع الأطفال على الغذاء والتعرض لمشاكل معوية، أو التعرض لوجبات طعام غير مرضية وصحية في ظهور الاضطراب، وكذلك خصائص مرحلة المراهقة التي قد تصبح شديدة بسبب التأثيرات الفسلجية والثقافية مثل التغيرات الهرمونية المرتبطة بسن البلوغ، والضغوط المتعلقة بمطالب النضج القادم، والتوقعات والتأثيرات الثقافية التي يشعرون بها ويعيشونها وخاصة الاهتمام بمناطق أو اجزاء الجسم (Gardini et.al , 2009) و يشترك مع اضطرابات الأكل هذه اضطرابات نفسية أخرى مثل Emetophobia وهو اضطراب يتميز بالخوف الشديد من التقيؤ، فالمضطرب يطور معاييراً صارمة من نظافة الغذاء مثل عدم لمس الآخرين لطعامه، مما يجعل المصاب منعزل اجتماعياً خوفا من المشاركة في طعام الآخرين والتقيؤ بسببه. وقد يصل بهؤلاء لحد فقدان الشهية العصبي (Lipsitz ,2001).



كذلك ترتبط اضطرابات الاكل برهاب الطعام phagophobia ، وهو اضطراب قلق يتميز بالخوف من الأكل ويبدأ عادة بتجربة مؤلمة بينما هو يأكل كالاختناق أو صعوبة البلع أو التعرض لآلام شديدة في البلع (Shapiro et.al , 1997) فضلا عن ذلك يرتبط اضطراب النهام بالاعتداء الجنسي الذي يتعرض له الأفراد ، إذ يشكل الاعتداء الجنسي عاملاً خطراً مهدداً للإصابة باضطرابات الأكل، ووجدت هذه الدراسات أن اضطراب النهام العصبي يرتبط بالاعتداء الجنسي أكثر من فقدان الشهية العصبي (Fairburn et.al , 1999)

العلاج

يصبح علاج اضطرابات الاكل ضروريا متى ما اصبحت هذه الاضطرابات منغصا حقيقا على الفرد وافراد عائلته، وهنا يكون من الضروري استشارة الطبيب والمعالج النفسي لأن ترك حالة المصاب من دون علاج قد تسبب مشكلات جسمية ونفسية عديدة قد تصل الى الوفاة في الحالات الشديدة (الجمعية العراقية للصحة النفسية، 2005).

1. علاج الشره العصبي :

يتبع المختص النفسي عدة خطوات لمواجهة الشره العصبي:

أ. **العلاج التدعيمي:** وهو يهدف إلى تعديل نمط حياة الفتى او الفتاة ونصحها بتجنب مواقف الانفعال الشديد والإجهاد العقلي المتواصل- وشرح وتفسير العلاقة بين الانفعال وردود الفعل الفسيولوجية، وإعادة تعليم الفتاة بخصوص الأفكار الخاطئة .ولاشك: أن مجرد شعور الشخص مثلا بأن هناك من يهتم بأمره ويسعى لسعادته وتحقيق شفائه- مجرد هذا الشعور يؤدي إلي تحسين حالته.. ومجرد وجود إنسان متفهم يتحدث إليه ويفصح له عما يجيش في صدره ويكون

متقبلاً له، كل ذلك يؤدي إلي تحسين حالته .

ب. **العلاج المعرفي السلوكي:** يعد العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات الفعالة مع الشره العصبي للطعام حيث يعمل على التأثير في سلوكيات الأكل الصاخب فيؤدي إلي الإقلال من معدل حدوثه إلي جانب الإقلال من حدة الإضطرابات النفسية التي تلازمه. ويهدف العلاج السلوكي المعرفي إلي تغيير النمط الفوضوي في الأكل لدى الشخص، وعندما يقلع الفرد عن الأكل الصاخب بسبب العلاج يقل وزنه كثيراً. وهذا يعني أننا يجب أن نعاج الأكل الصاخب أولاً، ثم نلفت بعد ذلك إلي الوزن.

ج. **التنظيم الغذائي**: ينصح الإخصائي النفسي بضرورة تعديل السلوك الغذائي عن طريق التدعيم الموجب لسلوك الأكل السوي وإطفاء السلوك الشره.. ومن المقترحات التي يجب أن توضع في الاعتبار وأن تتفهمها الفتاة لتنظيم غذائها، وذلك على النحو التالي:

*أن يكون الغذاء متوازناً، وأن أكل الأطعمة المناسبة بالكميات الصحيحة مهم لبناء العقل والجسم والنمو والتطور.

*أن كل الأطعمة تمد الجسم بالطاقة، وأن بعض الأطعمة تحتوي على طاقة أكبر وسعرات حرارية أكثر من البعض الآخر- ولذلك: فان المرء إذا استهلك سعرات حرارية أكثر مما يستعمل الجسم، فإن هذه السعرات تختزن على شكل دهن في الجسم.

*أن الجسم يحتاج للطعام للحصول علي الطاقة، وكلما زاد استخدام الجسم للطاقة قلت كمية الدهن المخزون... وأن الأنشطة الرياضية والجري والقفز والتسلق تستهلك طاقة أكثر من مجرد الجلوس والوقوف .

*الوجبات الخفيفة التي تقدم بين الوجبات الرئيسية تسهم في مجموع ما يحصل عليه يومياً من الطعام، وأن بعض الوجبات الخفيفة تحتوي على سعرات أقل من البعض الآخر وتكون أكثر تغذية.

* أن يراقب الإنسان نفسه عند تناول الطعام- وإذا كان طفلا فالتراقبه الأم وتشجعه بتقديم كميات صغيرة من الطعام، فإذا احتاج مزيداً فليعطي أيضاً كمية صغيرة دون تجاوز الحد.

*أن يأكل الطفل ببطء ويتمهل ويمضغ ببطء، وأن يأخذ لقمات صغيرة وينتظر بينهما، ويمكن الدخول مع الطفل في حديث سار أثناء الأكل وإعطائه فرصة للكلام والإنصات والضحك .

*تجنب الأطعمة التي تحتوي على كميات كبيرة من السكر مثل المشروبات الغازية، ورقائق البطاطس، وقطع الحلوى.

*تسجيل الخط القاعدي لبداية تطبيق البرنامج الغذائي، وتتم مراقبة الوزن تدريجياً حتى الوصول إلي الوضع المثالي، ويجب ملاحظة : أن الهدف ليس خفض الوزن ولكن القضاء على سلوك الشره المفرط، مع مواصلة تعزيز وتدعيم سلوك الأكل المناسب بشكل متكرر.(ايفا عيسي:1993) و(الببلاوي، 2010)

2. علاج فقدان الشهية العصبي :

تعتمد علاجات فقدان الشهية العصبي على العلاجات الفردية وخاصة العلاج السيكودينامي والعلاج المعرفي ويقوم هذا المدخل علي افتراض أن فقد الشهية العصبي هو خوف من اكتساب الوزن الطبيعي وبدانة البنية، ونظرا لأن العلاج السيكودينامي غير فعال بمفرده في هذه الحالة فإنه من الضروري إقحام العلاج المعرفي ولو في بعض وسائله لأن اضطرابات الأكل ما هي إلا أساليب لا تكيفية لمواجهة الصراعات العاطفية ومن ثم فإن العلاج يهدف إلى حل الصراعات الضمنية ومساعدة المرضي على تطوير أساليب أكثر بنائية للمواجهة مع اضطرابات النمو.

هذا ويجب أن تسير خطة العلاج على النحو الآتي:

(1) تقديم نموذج العلاج المعرفي السلوكي علي أن يتضمن ذلك ما يلي:

- التعرف على منطق العلاج.
- التعرف على تلك الضغوط التي يمكن أن تؤدي إلي الإضطراب.

(2) تقديم المعلومات وإجراء المناقشات حول ما يلي:

- مخاطر نقص الوزن والعزوف عن الأكل.
- الضغوط الثقافية التي ترتبط بالأكل وحجم الجسم.
- التقيد بنظام غذائي معين وعدم الخروج عنه.
- التغذية الجيدة والأنماط الجيدة لتناول الأكل.
- التخطيط للوصول إلي الوزن العادي.
- التذبذب في الوزن وكيفية الوصول إلى الوزن العادي.

(3) زيادة كم ونوع التغذية المراد تناولها بغرض استعادة الوزن والوصول به إلي المستوي الصحي العادي.

(4) تحديد المعارف المختلة وظيفياً والتي ترتبط بالأكل والوزن وحجم الجسم.

(5) العمل علي تعديل تلك الأفكار المختلة وظيفياً من خلال إتباع استراتيجيات علاجية معينة.

(6) تناول جوانب أخرى ذات صلة بالاضطراب كتقدير الذات، والإكتئاب، والمهنة، والأسرة، إلى جانب العديد من الأمور الاجتماعية المختلفة.

(7) التدريب على إستراتيجيات المواجهة حتى نتجنب حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي(الببلاوي، 2010)

الفصل التاسع
الاضطرابات الذهانية الوظيفية



9

الفصل التاسع

الاضطرابات الذهانية الوظيفية

الأمراض الذهانية الوظيفية Functional Psychosis :

مثلما وضحنا سابقا إن الذهان اضطراب عقلي خطير، وخلل شامل في الشخصية، يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي(زهران، 1988) ومن أنواعه الذهان الوظيفي أي الأمراض النفسية المنشأ، وهي الأمراض العقلية الذي لا ترجع إلى أسباب عضوية، وأهم الأشكال الاكلينيكية للذهان الوظيفي هي : الفصام، وذهان الهوس والاكتئاب (البنا، 2005).

الفصام Schizophrenia

حالتان من اضطراب الفصام

إليك ما كتبته امرأة عمرها (26) سنة، بعد تلقيها لأربع وثلاثين رجة كهربائية علاجية: (أن تكون مجنوناً، أشبه ما تكون في كابوس، تحاول فيه أن تصرخ ليهب احدٌ لمساعدتك، فلا صوت يخرج منك، إن استطعت أن تصرخ فلا أحد يسمعك، ولا أحد يفهمك. انك لا تستطيع أن تستيقظ من كابوسك ما لم يسمعك أحد.. يساعدك.. ليوقظك.

كان عليّ أن أموت لأتجنب الموت.. أنا اعرف أن هذه الأصوات مجنونة. ولكن في أحد الأيام كان هناك ولد آلم مشاعري جداً. ورغبت في وقتها ان ارمى بنفسى في الطريق وبدلاً من ذلك، فضلّت ان أكون متخشبة كي لا اشعر بأي إحساس. (اعتقد ان عليك ان تموت عاطفياً. وإلا فستقتلك مشاعرك). نعم، ذلك صحيح. فمن الأفضل ان اقتل نفسي على ان أؤذي أحداً" آخر).

- وتأمل الحوار الآتى بين فصامى وطبيبه.

الطبيب : هل يمكن ان تذكر لي اسمك ؟

المريض : أستطيع ولا أستطيع.

الطبيب : ما اسمك ؟

المريض : مثل اسمك، ولكنه يختلف.

الطبيب : هل تعرف من أنا ؟

المريض : طبعاً. أنت أنت وأنا أنا!

الطبيب: ممتاز. ولكن من المهم ان نسجل اسمك في سجلاتنا بمعلومات صحيحة.

المريض: إذا ، اكتب في سجلاتك، إننى ملك الملوك، وأنت خادمى.

الطبيب: أنت لا تجيب عن أسئلتي.

المريض: أبدا ، ولكن أنت لا تصغي.

الطبيب: سأحاول مرة ثانية. ما هو تاريخ اليوم ؟

المريض: أوه.. هذا سهل جداً ، انه (33) مايس، (1933).

الطبيب: أي وقت نحن فيه الآن هذا اليوم؟

المريض: يوم الخّزامى.. مساءً.

الطبيب: ولماذا أنت هنا ؟

المريض: لاتكلم معك.

الطبيب: ولكننى لم احصل منك على أية معلومات.

المريض : ذلك لأنك أخذت الكلام كله. فضلاً عن انك تفجّر دماغي (صالح، 2005).

الفصام Schizophrenia

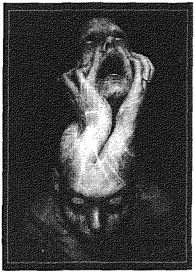
التعريف والوصف



ترتبط بدايات نحت مفهوم (الشيزوفرينيا) باثنين من المعالجين النفسانيين الأوربيين هما، كريبلين Kraepelin وبلويلر Bleuler. فلقد طرح كريبلين في عام 1898 مصطلح (الخرف المبكر) كأول مصطلح (للشيزوفرينيا) في ورقته المعنونة (تشخيص الخرف المبكر) التي قدمها في المؤتمر التاسع والعشرين للعلاج النفسي الذي انعقد في هيدلبيرغ في عام 1898. حيث أشار فيها الى وجود نوعين مختلفين من الذهان هما: الأمراض الاكتئابية- الهوسية، والخرف المبكر، الذي يتضمن عدداً من المفاهيم التشخيصية هي : (بارانويا الخرف) و(الكاتوتونيا) و(الهيبوفرينيا). وفي عام 1911 أشار المعالج النفساني السويسري المعروف يوجين بلويلر الى أن مصطلح (الخرف المبكر) هو وصف ضعيف. ذلك لأن كريبلين اعتقد بأنه يصيب الشباب وينتهي لا محالة بالعته والانحلال والخرف. وان كريبلين قد اخطأ لسببين، أولهما: إن الكثير من المرضى يصابون بهذه الاضطراب بعد مرحلة الشباب، وثانيهما: ان اغلب المرضى لا يتطور لديهم هذا الاضطراب. فبعضهم يبقى على حاله سنة بعد أخرى، وبعضهم يتحسن وضعه. وبهذا يصبح مصطلح (الخرف المبكر) غير مناسب. فضلاً على ان المعالجين النفسانيين لا يتشجعون على معالجته، لان كريبلين قد طرح (الخرف المبكر) كحالة ميئوس من شفائها. ولغرض حلِّ هذه المشكلة فقد اقترح بلويلر مصطلحاً جديداً بقوله:

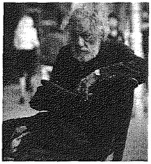
سأطلق على (الخرف المبكر) مصطلح (الشيزوفرينيا Schizophrenia)، آخذاً إياها من الكلمتين الإغريقيتين Schizein وتعني (يشق، ينفصل، يتفصم،

يفصم to Split) و Phren وتعني (العقل). لأن انفصام الوظائف النفسية المختلفة هو أحد اكثر خصائص هذا الاضطراب أهمية. وإنني لاستعمل هذه الكلمة بصيغتها المفردة. بالرغم من انه يبدو ان هذه المجموعة تشمل أمراضا عديدة. ومنذ ذلك التاريخ اصبح مصطلح (الشيزوفرينيا) اسماً او عنواناً شائعاً ومقبولاً. غيران الناس قد أساءوا فهم المصطلح وظنوا انه يعني تعدد او (انقسام) الشخصية الذي يختلف تماماً. فذلك عرض آخر من اضطرابات التفكك يكون نادر الوقوع بالمقارنة مع (الشيزوفرينيا). فما عناه بلويلر لا يشير به الى (انفصام او انقسام) الشخصية الى شخصيتين مختلفتين او اكثر، إنما عنى به (انفصام أو عدم انسجام) بين الوظائف النفسية المختلفة في داخل شخصية واحدة. اذ يحدث في عقل المصاب به ان انفعالاته وأفكاره ومدركاته تتوقف عن العمل في كل متكامل. في موقف معين قد تسيطر مجموعة من الأفكار على سلوك الشخص، بينما تكون أفكار أخرى لها وظيفة تكيفية لذلك الموقف، غير متبدية في سلوكه. فضلاً عن أن انفعالاته قد تنفصل عن مدركاته، فلا تبدو مناسبة للموقف الذي هو فيه.انها باختصار فقدان التكامل. او كما عبر عنها بلويلر (ان الشخصية تفقد وحدتها Unity) (صالح، 2005).



إن الفصام اضطراب عقلي يتميز باضطراب في التفكير والوجدان والسلوك وأحيانا الإدراك، ويؤدي إذا لم يعالج في بادئ الأمر إلى تدهور في المستوي السلوكي والاجتماعي، كما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في معزل عن العالم الحقيقي. ويعد اضطراب الفصام من اخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وتسبب له المشكلات التى تبعده عن أهله وأصدقائه وتدفعه إلي العزلة والانطواء على ذاته ليسبح في أحلام خيالية لا تمت إلى الواقع بصلة ،

وليس فقط المرضى من يتأثرون بسبب المرض ولكن كذلك أسرهم وأصدقائهم بطريقة ما، فيشتكي الأسر من مشكلات وجدانية ومعاناة اقتصادية ومادية بسبب أن أبنائهم لا يستطيعون الاعتماد على الذات وتحمل أعباء حياتهم ويظلون معتمدين على أسرهم لفترة طويلة أو مدى الحياة. وكذلك يتأثر المجتمع اقتصاديا واجتماعيا على المدى الواسع... ويقدر مرض الفصام نسبة10٪ من المعاقين في المجتمع وثلث عدد المشردين بدون مأوى (أبو العزائم، 2007) على العموم يعرف الفصام نفسيا :



- Concise Medical Dictionary , 2010: اضطراب عقلي يتميز بتفكك العمليات الفكرية والاستجابات الانفعالية، ويظهر بصورة عامة على شكل هلاوس سمعية، أو ظلالات وأوهام غريبة، اواختلال في اللغة والتفكير مما يؤثر في الحياة الاجتماعية والمهنية. (Concise Medical Dictionary , 2010)

- van Os & Kapur , 2009 : اضطراب يتميز بتشوه الأدراك والواقع إذ يكون تفكير الفصاميين ذهانيا ويتصرفون بطرق لا تنسجم مع الواقع، ويظهرون ضعفا كبيرا عند القيام بوظائفهم الحياتية المهمة كالإدراك perception، والفكر thought، واللغة language، والذاكرة memory، والانفعال emotion، والتصرف behaviour (van Os & Kapur , 2009).

حقائق:

- الفصام هو مرض من أكثر الأمراض إعاقة للشباب
- يصيب الفصام عادة الصغار أو الشباب ما بين سن 16 - 25 سنة

- من الممكن ظهور المرض في سن النضوج ولكن البداية تكون أقل بعد سن الثلاثين ونادرا بعد سن الأربعين.
- وهناك نوع في الطفولة ولكنه نادر ومن الممكن أن يوجد في الأطفال الصغار من سن الخامسة
- المرض موجود في كل العالم ويصيب كل الأجناس وكل الطبقات الاجتماعية.
- المرض يصيب واحد من كل مائه فرد على مستوى العالم
- الكل معرض للإصابة بالمرض (أبو العزائم ، 2007)

الأعراض المبكرة للمرض :

القائمة الآتية من الأعراض المبكرة للمرض، وقد لوحظت القائمة ووضعت بواسطة أسر مرضى الفصام والكثير من الأعراض التي وضعت من الممكن أن تكون في المدى الطبيعي للاستجابة لموقف ما، ولكن أسر المرضى شعرت - بالرغم من كونها بسيطة - أنها علامات وتصرفات غير طبيعية وأن هذا الشخص" لم يعد كما كان ". إن عدد الأعراض وشدتها تختلف من فرد لآخر بالرغم من أن كل عرض يوضح تدهور وانسحاب اجتماعي

قبل البداية الحقيقة للمرض تلاحظ الأسر عرض أو اكثر من الأعراض الآتية لدى ابنائها :

- تدهور في النظافة الشخصية.
- الاكتئاب.
- النوم المفرط أو عدم القدرة على النوم أو التقلب بين النقيضين.
- الانسحاب الاجتماعي والعزلة.
- التغير الفجائي في طبيعة الشخصية.

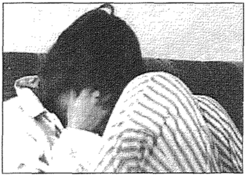
- التدهور في العلاقات الاجتماعية.
- الإفراط في الحركة أو عدم الحركة أو التقلب بين الحالتين.
- عدم القدرة على التركيز أو التعامل مع المشاكل البسيطة.
- التدين الشديد أو الانشغال بالسحر والأشياء الوهمية.
- عداء غير متوقع.
- عدم المبالاة حتى في المواقف الهامة.
- الانحدار في الاهتمامات العلمية والرياضية.
- الانشغال في حوادث السيارات.
- إساءة استخدام العقاقير والكحوليات.
- النسيان وفقدان الممتلكات القيمة.
- الانفعال الحاد تجاه النقد من الأسرة والأقارب.
- نقص واضح وسريع في الوزن.
- الكتابة الكثيرة بدون معنى واضح.
- عدم القدرة على البكاء أو البكاء الكثير المستمر.
- الحساسية غير الطبيعية للمؤثرات "الأصوات والألوان والإضاءة ".
- الضحك غير المناسب.
- التصرفات الشاذة.
- اتخاذ أوضاع غريبة.
- تعليقات غير منطقية.
- رفض لمس أشخاص أو أشياء أو حماية اليد بالجوانتي "القفاز"
- حلق شعر اليد أو الجسم.
- جرح النفس أو التهديد بإيذاء الذات.
- البحلقة والنظر بدون رمش أو الرمش المستمر.
- العناد وعدم المرونة (أبو العزائم، 2007).

الأعراض العامة

يظهر لدى المصابين بالفصام الأعراض الآتية :



- إدراك الأشياء التي ليس لها وجود ، وهذه الحالة تدعى بالهلوسة ، وهي على أنواع ومنها السمعية والبصرية واللمسية ، ولكن الهلوسة البصرية visual ، واللمسية tactile تحدث بنسبة أكبر من غيرها (مثل كأن يرى الله مثلاً أو الشيطان ، أو يشعر بأن حشرات تزحف تحت جلده) (Buckley et.al , 2009 و (Hewstone , et.al , 2005)



- الاعتقاد باشياء ليس لها واقع أو أنها غير حقيقية ، وهذه تدعى بالأوهام paranoid ، وتكون أوهام البارانويا شائعة جدا (وهي أوهام الشعور بالعظمة والاضطهاد) كاعتقاد الشخص بأن الحكومة تخطط ضده أو أن هناك أشخاص غرباء يريدون قتله. أن المريض بالفصام يترجم كل شي في سياق الوهم حتى الأشياء التي تهدف إلى مساعدته فهو يرى أن علاجه على سبيل المثال سماً يُراد به قتله. وتشترك أوهام العظمة Delusions of grandeur في ذلك أيضا ، فقد يعتقد الشخص المصاب بالشيزوفرينيا a schizophrenic person أنه شخص مشهور كبير مثل المغني "الفس برسلي" أو أنه "السيد المسيح" وقد يصر الشيزوفريني على التصرف مثله ، ويعتبر نفسه أنه ذلك الشخص. (Carson , 2000 (Hewstone , et.al , 2005)

التصنيفات الحديثة للأوهام الفصامية

1- **أوهام الاضطهاد**: اعتقاد الفرد بان هناك من يتآمر عليه او يتجسس عليه ، أو يهدده ، او يسيء معاملته . ويميل اكثر الى الاعتقاد بأن من يتدبر له هذه الأمور، ليس شخصاً واحداً بل جماعات.. اتحدوا في مؤامرة ضده.

2- **أوهام السيطرة (أو التأثير)** : وتعنى الاعتقاد بوجود أشخاص آخرين ، او قوى ، أو ربما كينونات بعيدة ، تسيطر على أفكار وأحاسيس ، وافعال الفرد ، بوسائل غالباً ما تكون أجهزة إلكترونية ترسل إشارات مباشرة الى دماغه .مثال : في زيارة علمية لطلبة قسم المسرح بكلية الفنون الجميلة بجامعة بغداد الى مستشفى أبن رشد للأمراض العقلية في العاصمة بغداد بصحبة مؤلف هذا الكتاب، قال لهم أحد الفصاميين بأنه على اتصال بالقمر.. وانه يتلقى إشارات منه ، وهو بدوره يرسل له إشارات ايضاً . وفي أثناء كلامه اعترته هزة ورجفة جفل منها الطلبة (لا سيما الطالبات). وبعد ثوان قال انه كان قد تلقى إشارة من القمر!.

3- **أوهام المرجع (أو الصلة)**: وتعنى الاعتقاد من أن أحداثا أو تنبيهات ليست لها أية علاقة أو صلة بالفرد ، ويرى انها تعنيه هو بشكل خاص . فقد يفكر المريض بأن حياته قد جرى تصويرها في فلم سينمائي او تمثيلية تلفازية . أو أن ما اذاعه المذياع من أخبار كانت بخصوصه هو.

4- **أوهام الشعور بالخطيئة والذنب**: وتتضمن هذه اعتقاد الفرد بأنه ارتكب خطيئة لا تغتفر. او انه تسبب في إلحاق أذى كبيراً بالآخرين . فقد يدعى بعض الفصاميين- على سبيل المثال- بأنهم قتلوا أطفالهم .

5- **أوهام المراق (الوسواس)** : وتعنى الاعتقاد الذي لا أساس له من إن الفرد يعانى من إمراض بدنية شنيعة . وهذه الأوهام تختلف عن المخاوف التى لا أساس لها لدى المصابين بالوساوس المرضية ، ليس من حيث كونها لا تشير إلى أمراض محددة وفعلية ، بل إلى غرابة هذه (الأمراض) .

فبينما قد يشكو المصابون بالوساوس المرضية من مرض الكبد او ورم خبيث في الدماغ ، في سبيل المثال ، فأن الفصاميين يدعون بأن أكبادهم قد تقطعت الى قطع صغيرة أزيلت من أبدانهم ، او أن أدمغتهم ملأى بالتراب .

6- **أوهام العدم (النهلستية)**: وتعنى اعتقاد الفرد بأنه، او الآخرون او العالم بأكمله، قد توقف عن الوجود. فقد يدعى الفصامى، مثلاً ، من انه روح قد عادت من الموت.

7- **أوهام العظمة (والفخامة)**: اعتقاد الفرد من انه شخص مشهور جداً ، ومهم جداً ، وصاحب قوة عظيمة. وقد تتجمع أوهام من هذا القبيل في كينونة او شخصية يثبت عليها المريض ، غالباً ما تكون شخصية تاريخية معروفة ، كاعتقاده بأنه (المسيح) الجديد ، او نابليون الجديد ، أو هتلر مثلا.(في مدينة بغداد شخص يدعى أنه هتلر ، لدرجة أنه لا يرد عليك السلام ما لم تقل له : هاى هتلر!) (صالح ، 2005)

- يستعمل لغة شاذة أو غريبة مثل معاني خاصة بالنسبة إلى كلمات شائعة أو كلمات مختلفة في تعابير جديدة التي تشير إلى معاني مفهومة وهي خاص به فحسب. وقد يذهب الفصامي بطرق منحرفة ومفاجئة عندما يتكلم. (Hewstone , et.al , 2005) و Buckley et.al , 2009)

- ظهور مجموعة من الاضطرابات تؤثر عليه و ينتج عنها قلة التعابير الوجهية والانفعالية وكلام رتيب ممل كما أنه يضحك من دون سبب، ويبكي أيضاً من دون أي حدث يبعث على الحزن، والغضب من دون أي حدث يزعجه. (Hewstone , et.al , 2005) (Carson , 2000
- اضطرابات سلوكية في أربعة مجالات مهمة، هي :

1. التكلف الشاذ odd mannerisms، مثل الحركات التكرارية والسلوكية repetitive movements، والتعابير الوجهية الشاذة odd facial expressions مثل التجهم.



2. فقدان الدوافع الهامة a significant lack of motivation، والتي تدعى بـ (التجنبية) avolition.
3. صعوبة العناية بأنفسهم، ويتضمن ذلك مهارات الحياة الأساسية basic life skills، مثل التسوق، ووضع الضمادات، ودفع الأجور وغيرها.
4. ضعف المهارات الاجتماعية social skills، كالانسحاب الاجتماعي socially withdrawn، و القلق من الآخرين (Hewstone , et.al , 2005)

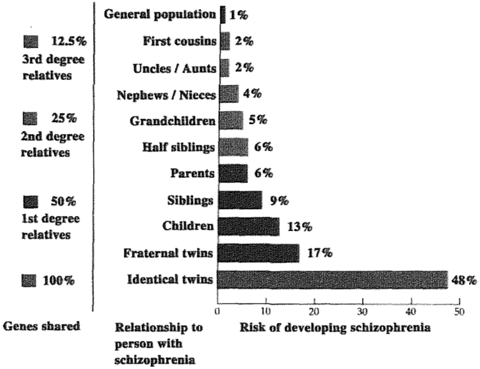
ورغم هذه العلامات العرضية للاضطراب فأنها يمكن أن تأخذ عددا من الأشكال المختلفة على سبيل المثال فقد يظهر لدى بعض الناس أعراض الوهم، ولكنهم مازلوا قادرين على العناية بأنفسهم، والقدرة على التحدث مع الآخرين، والنجاح في التعليم، والعمل، في حين قد يضعف هذا الاضطراب الآخرون بالكامل ؛ لذا فالفصام اضطراب مزمن يظهر لدى البعض بصيغة سلسلة احداث فصامية قصيرة تدعى بالسلوك شبه الفصامي schizophrenic-like behaviour، إلا أن بعض الناس يعانون من الفصام بالكامل طوال حياتهم (Hewstone , et.al , 2005)

الأسباب

أولا : الاسباب الوراثية :

تشير العديد من الدراسات الوراثية أن للوراثة تأثير كبير في ظهور اضطراب الفصام لدى المصابين وبدرجة شديدة، فتشير الدراسات الجينية والتي منها دراسة Tyrone et.al , 1998 التي وجدت أن الكروموسومات 15q13.3 و 1q21.1 ذات علاقة كبيرة بالاضطرابات العقلية والتي من ضمنها الفصام. كما اشارت دراسة Baskys , 2002 : وجدت الدراسة احتمال تورط كروموسومات 1 q، 5q، 6q، 10q، 11q، 13q، 15q، 18 q، و 22 q، إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث لتأكيد هذه النتائج وعلى فهم كيفية مساهمة هذه الجينات في تطوير الفصام. في حين وجدت دراسة Maziade , 2011 عن مركز جامعة "لافال دو" وفريق من الباحثين الذين يعملون في مجلس البحوث الطبية في كندا وكيبيك هيدرو وفون بحوث دي لا سانتي على عينة مكونة من 650 عضواً من العائلات الكبيرة في "كيبيك الشرقية" التي تضررت بشدة من جراء هذا الاضطراب إن هناك أربع انواع معينة من الكروموسومات يتسبب عنها الفصام q 18 ، 6 q، 3 q، 11 q.

أما على صعيد الدراسات العائلية اشارت دراسة **Gottesman et.al , 1991** **الى تطور الفصام بين الآسر وفق الجدول الآتي :**



أما دراسة MAIER et.al , 2002 فقد وجدت أن خطر تكرار الفصام بين الأقرباء من الدرجة الثالثة (أبناء العم والأخوال) يبلغ نسبة تتراوح بين 1,5 – 3 ٪ وان نسبة تأثير أقارب الأم مرجحة أكثر في تأثيرها من أقارب الأب، رغم ذلك فأن هناك دراسة لم تجد هذا الفرق بين المصابين.

وتشير دراسات التوائم التي اجريت حول الاصابة بالفصام أن نسبة التدخل الوراثي كالآتي :

- دراسة Gottesman et.al , 1982 : راجعت هذه الدراسة خمسة دراسات سابقة في الفصام، ووجدت أن نسبة التوافق الوراثي في الفصام بين التوائم المتماثلة قد بلغ ما بين 35 – 58 ٪ موازنة بالتوائم الأخوية التي بلغت نسبة 9- 26 ٪.
- دراسة KENDLER , 1983 : وجدت الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم أن نسبة التوافق الوراثي بين التوائم المتماثلة قد بلغ نسبة 53 ٪ في حين بلغت نسبة التوائم الأخوية 15 ٪.

- دراسة 1998 , Tyrone et.al : وجدت الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم المتماثلة والاخوية أن الارتباط الوراثي في الفصام تراوح ما بين 41 , 0 – 0،87.
- دراسة1999 , CARDNO et. al : وجدت هذه الدراسة التي أجريت على مجموعة من التوائم أن نسبة التوافق الوراثي في الفصام قد بلغ نسبة تتراوح بين 82 – 85 ٪.
- دراسة 2006 , Riley & Kendler : وجدت الدراسة التي اجريت على مجموعة من التوائم أن نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة في الفصام بلغت 50 ٪، بينما بلغت نسبة التوائم الأخوية 17 ٪.

ثانيا : الاسباب العصبية :

يبدوا أن لدى المرضى المصابون بالفصام عدم توازن بكيمياء الجهاز العصبي ولذلك اتجه بعض الباحثين إلى دراسة الموصلات العصبية التي تسمح باتصال الخلايا العصبية فيما بينها. وبعد النجاح في استعمال بعض الأدوية التي تتدخل في إنتاج مادة كيماوية بالمخ تسمى " دوبامين" وجد أن مريض الفصام يعاني من حساسية مفرطة تجاه هذه المادة أو إنتاج كمية كبيرة من هذه المادة، وقد ساند هذه النظرية ما لاحظه العلماء عند معالجة حالات مرض " باركنسون" أو الشلل الرعاش الناتج من إفراز كميات قليلة جدا من مادة " الدوبامين " وقد وجد أنه عند علاج هؤلاء المرضى بنفس العقار أنهم يعانون من بعض أعراض الهوس، وقد أدى هذا إلى أن العلماء قد بدأوا في دراسة كل الموصلات الكيميائية بالمخ على اعتبار أن مرض الفصام قد ينتج من خلل في مستوى عدد كبير من هذه المواد الكيميائية وليس " الدوبامين" وحده. ولذلك تهدف الأدوية العصبية الحديثة ألي ثلاث موصلات عصبية هي: الدوبامين والسيروتونين والنورادرينالين. فضلا عن ذلك وجدت التقنيات الحديثة مثل الرنين المغناطيسي والمسح التصويري للمخ إن الناس المصابون بالفصام لديهم صعوبة في ربط نشاط

المناطق المختلفة بالمخ والتنسيق بينها. مثلا أثناء التفكير والكلام نجد ان أغلب الناس يكون لديهم زيادة في نشاط المناطق الجبهية بالمخ ونقص في نشاط المناطق المسئولة عن الاستماع في المخ ولكن مرضى الفصام يكون لديهم نفس الزيادة في نشاط المناطق الجبهية ولكن لا يكون لديهم نقص في نشاط المناطق الأخرى. وكذلك استطاع الباحثون التعرف على أماكن خاصة بالمخ يكون بها نشاط غير طبيعي أثناء حدوث الهلاوس المختلفة. وبعد استخدام الأشعة المقطعية بالكومبيوتر وجد أن هناك بعض التغيرات في شكل مخ مرضى الفصام مثل اتساع تجاويف المخ ، بل وقد تم الكشف على تغيرات أكثر من هذا بعد التصوير بالتردد المغناطيسي ...حيث تم التوصل إلى أن المنطقة المسئولة عن التفكير ضامرة أو مشوهه أو قد نمت بشكل غير طبيعي **(أبو العزائم، 2007).**

أن إصابة الجهاز العصبي ببعض الأمراض العضوية وظهور بعض الأعراض النفسية المصاحبة يجعل البعض يظن أن الأعراض قريبة الشبه بحالات الفصام ، وإذا لم يفحص المريض بعناية ودقة فمن المحتمل تشخيص الأعراض عن طريق الخطأ بأنها مرض الفصام والمثال على ذلك أورام الفص الصدغي والجبهي بالمخ وهبوط نسبة السكر بالدم والحمى المخية وزهري الجهاز العصبي مما يدل على أن اضطراب الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض فصامية وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي خصوصا بعد الأبحاث الهامة الحديثة عن وجود علاقة وارتباط وثيق بين الفصام والصرع فقد لفت نظر العلماء أن الكثير من مرضى الصرع ، وخصوصا المصابين بالصرع النفسي الحركي يعانون بعد فترة من المرض من أعراض شبيهة بالفصام وبالتالي انتهت الآراء إلى احتمال تشابه أسباب مرض الصرع والفصام .ومن المعروف أن السبب الرئيسي للصرع هو ظهور موجات كهربائية دورية شاذة في المخ وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام مشابها لما يحدث في الصرع من موجات كهربائية شاذة

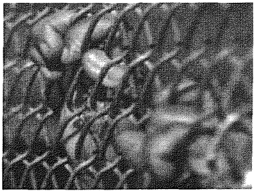
.وقد وجد فعلا أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح يظهر نتيجة موجات كهربائية مرضية ولكنها غير نوعية أو مميزة في رسم المخ الكهربائي. وقد وجد اضطراب في رسم المخ في 73٪ من مرضى الفصام الكتاتونى و57٪ من مرضى الفصام البسيط و54٪ من الفصام البارانوي .و قد ثبت أخيرا وجود علامات عضوية بالمخ عند مرضي الفصام علي هيئة تغيرات في نسيج المخ والخلايا العصبية (أبو العزائم ، 2007)

ثالثا: الأسباب النفسية :

1. فرضية الأم للجين الفصام :

تقترح الفرضية الام للجين للفصامي 'schizophrenogenic mother' أن اسباب الابوة العاجز او غير الكفوءة inadequate parenting عامل في ظهور الفصام، أنه لا يوجد دليل على الاطلاق يؤكد ان الفصام ينتج عن العوامل النفسية ، فيشير الدليل الكبير الى أن العوامل البيولوجية والوراثية تسبب المرض بصورة أولية. ولكن هناك دليل يتفق مع نظرية الاستهداف – الضغط بأن العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر على مسار الفصام، مثل توقيت البداية وامكانية المعاودة.

2. فرضية التعبير الانفعالي expressed emotion (EE) :



تتنبأ هذه الظاهرة بأثر العوامل النفسية – الاجتماعية على مسار تطور الفصام، وهذه الظاهرة تدعى بـ التعبير الانفعالي. وهذه الفرضية لا تشير الى مستوى التعبير عن الانفعالات لدى المصابين كما يدل الاسم، ولكن الى مجموعة الانفعالات والسلوكيات التي يوجهها افراد العائلة نحو ابنهم المصاب بالفصام.

فالعائلة التي لديها ميل الى التعبير الانفعالي بدرجة عالية يكونون ناقدين ومستاءين من ابنهم الانفعالي (Brown et al., 1962) في حين أن العائلة التي لديها ميل منخفض للتعبير الانفعالي، تميل الى ان تكون أكثر دفئا وحنانا وقبولا. ويمارس مستوى التعبير الانفعالي expressed emotion في العائلة دورا كبيرا في ما قد يحدث للشخص الفصامي. فالناس الفصاميين الذين يعيشون في عائلة لديها ميل قوي للتعبير الانفعالي على الارجح تعاود اعراض الفصام لديه شكل 15- 6 هذه الرابطة بين التعبير الانفعالي لا تقتصر فقط على الفصام بل الاضطرابات النفسية الاخرى. ولحسن الحظ يمكن البرامج التربوية والنفسية أن تعلم و تساعد العوائل واقرباء الفصاميين بالتعامل معهم بشكل افضل. هذه البرامج في ارتباط دائم مع طبيب المريض والذي يمكن ان يقلل نسب انتكاسة العلاج (. Leff et al., 1982; McFarlane et al., 1995).

3. - نموذج الاستعداد- الضغط :

نتيجة اهتمام صنف من الباحثين في توكيد دور البيئة في إحداث الفصام، وانشغال صنف آخر منهم في تأكيد الوارثة في نشوء الفصام، فقد أدى هذا الحال الى أن يتبنى معظم الباحثين في الفصام ما أطلق عليه نموذج الاستعداد- الضغط، (Diathesis- Stress Model). ويقصد بالاستعداد تلك الحالة في بنية الجسم التي تهيؤه للإصابة بالفصام. غير أن هذه الاستعدادات الوراثية يجب ان تكون مصحوبة بضغوط بيئية كي يتطور الاضطراب. وبينما تبدو طبيعة الاستعداد او التهيؤ، قابلة للتحديد والتحقق منها، فأن طبيعة الضغوط البيئية لا تبدو كذلك. إذ كيف يمكن لطفل يحمل استعداداً وراثيا ويعامل منذ ولادته بالرفض المتكرر من قبل والديه ويعيش في فقر دائم وضغوط بيئية أخرى، ان نعزو أصابته بالفصام الى استعداداته الوراثية او الضغوط البيئية. ولقد افترض زبن وسبرنك من أن الإصابة بالفصام يمكن ان تحدث بعدد من الطرائق المختلفة منها : المورّثات، الأمراض الجسيمة، وعمليات النضج. غير ان الإصابة الفعلية

بالفصام وظهور أعراضها للآخرين، تتوقف على الضغوط التي تواجهها ومهارات الفرد في التعامل معها (صالح، 2005)

بعض أنواع الفصام

1. **الفصام البسيط :** Simple Schizophrenia

وأهم خصائصه أن بدايته تدريجية غير حادة، وسيره بطئ، والانفصال عن الواقع تدريجي، والهلوسات والأوهام نادرة، وقد لا توجد بالمرة، والسلوك الغريب قليل نسبيا. وأهم أعراض هذا الفصام هو : نقص النشاط، والنمطية الحركية، واللازمات الحركية. وعدم القدرة على التركيز، والسلاطة الفكرية، وهذاء التأثير والتأثر، واضطراب التوجيه. وكذلك تظهر لديه نقص الاتصال الاجتماعي، وانعدام المسئولية، وقلة الميول والاهتمامات، ونقص مستوى الطموح، والانطواء والانسحاب، وسوء التوافق الاجتماعي،و التبلد الانفعالي، فضلا عن الخمول الانفعالي، واللامبالاة وفقد الدافعية، وفقدان التعلق الانفعالي بالآخرين، والاستغراق في أحلام اليقظة، وفقدان الاهتمام بالمظهر الشخصي، وسوء التوافق الجنسي أو العمل في الدعارة، وعدم القدرة على القيام ببعض الأعمال البسيطة الرتيبة وتحت رقابة مستمرة، والبطالة أو عدم الاستقرار في العمل، والشرود، والتناقض السلوكي، ويبدو المريض في حالة حلم دائم (سعد، 1994).

2. **الفصام التفككي (الهيبفرينيا أو المبكر) :**

كان المصطلح التقليدي لهذا النوع من الفصام هو (الهيبفرينيا Hebephtenia) المأخوذ أصلا من مفردة إغريقية هي الاسم الذي يطلق على آله الشباب. إذ تعني Hebe شباب فيما تعني Phrenia العقل. وينسب اليه في العادة المرح او السلوك الطفولي من قبيل القهقهة، وتشكيل الوجه بحركات ضاحكة، واتخاذ وقفات او جلسات سخيفة او متغرطسة او غير مألوفة. وفي الواقع فأن الفصام التفككي لا يعدو في أعراضه الظاهرة اكثر من تصرفات

ولد عادي سخيف بعمر سبع سنوات، يحاول أن يتخلص من والديه.وطبقاً لتصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي فأن هناك نوعين من الأعراض يتصف بهما الفصام التفككي بشكل جوهري هما :

الأول : عدم الترابط او التماسك المنطقي في الكلام. ففي هذا النوع من الفصام يظهر استعمال الكلمات او (اللغة) الجديدة Neologisms والترابطات التي لا معنى لها، وسلاطة الكلام Salad Word.

والثاني : هو اضطراب الوجدان، الذي يأخذ في العادة شكل القهقهات غير المناسبة، والسخافة Silliness المستمرة.

وبالرغم من أن هذين العرضين قد يحددان هذا النمط الفرعي من الفصام، إلا أن معظم الذين يصنّفون تحته قد تظهر عليهم أعراض أخرى من التي سبق ذكرها في أعراض الفصام بشكل عام من بينها : السلوك الحركي الغريب، واضطرابات الفكر والإدراك بما فيها الأوهام والهلاوس التي غالباً ما تتركز حول الجنس والدين والاضطهاد او الأذى الجسمي، ولكن ليس من ذلك النوع الذي يتركز حول فكرة محددة كما هي الحال بالنسبة الى تصورات المصابين بالزَور.

فضلاً عن ذلك، فأن معظم الفصاميين من هذا الصنف ينسحبون بشكل حاد من الآخرين ويعيشون في عالم خاص بهم. وقد لا يكترثون مطلقاً بما يحدث من حولهم مهما كانت طبيعته او شدته.إن بداية الإصابة بالفصام التفككي او الاختلالي تكون بصورة تدريجية وتميل الى أن تحدث في سن مبكرة نسبياً. وتكون العلاقة المميزة لبدايته هي الانسحاب الى (عالم) الخيالات الطفولية والشاذة.

3. الفصام التخشبي:

إن العرض المميز في الفصام التخشبي Catatonic هو اضطراب السلوك الحركي. اذ يأخذ هذا الاضطراب في بعض الأحيان شكل الخدر او الذهول Stupor التخشبي، او الجمود التام عن الحركة، المصحوب بالصمت عادة. وقد يظل المريض على هذه الحالة لأسابيع. فقد يظل واقفاً ويده على رأسه لمدة طويلة من الزمن. ويطلق على هذه الظاهرة (الوقفة التخشبية، Catatonic Posturing). وقد يظهر بعضهم نوعاً من المرونة الشمعية Waxy Flexibility، حيث يمكن تحريك الذراعين مثلاً من قبل أحد الأشخاص وجعلهما في وضعية جديدة، ويبقى المريض محافظاً على الوضع الجديد لذراعيه. ومع ذلك فأن أعراض هذا النمط ليست محصورة باضطراب السلوك الحركي. فالكثير من الفصاميين التخشبيين يتنقلون من حالات الجمود في الحركة الى حالات من النشاط الحركي الزائد الذي يتضمن أحيانا العنف والهيجان. وفي حالات أخرى قد يبدو الفصاميون التخشبيون من خلال الأوضاع التي يتخذونها، وكأنهم مقطوعون تماماً عن الواقع. غير انهم قد يفعلون ذلك في نوع من الخداع. فهناك مؤشرات تفيد بان هذا النوع من المرضى قد يكونون عارفين بما يدور من حولهم. على سبيل المثال، يظهر الكثير من المرضى الذين يطلق على حالتهم بالتخشبية السلبية Catatonic Negativism، أي أولئك الذين لا يرفضون فقط عمل ما يطلب منهم، بل يعملون عكس ذلك تماماً، وهم يعرفون جيداً طبيعة الطلبات الموجهة إليهم.

4. الفصام الزَوَري

يمكن تحديد الخصائص التي يّعرف بها الفصام الزوري، بالأوهام و/ أو الهلاوس ذات الصلة بأفكار الاضطهاد والعظمة. وإذا وصفناهما بدلالة الاستمرارية، فان الأوهام الاضطهادية للفصام الزوري يمكن ان يكون مداها من شكوك ساذجة وغامضة ومتناقضة، الى تصورات منتظمة، وكأنها مدروسة بعناية لخطط تآمرية تحاك ضد حامل هذه الأوهام. وفي كل الأحوال، فأنها

تكون مصحوبة في العادة بالهلاوس، (سماع أصوات في الليل، او رؤية وجه يخطف خلف نافذة..) تقوي معتقداته الوهمية. وفي كلتا الحالتين، (الأوهام والهلوسة)، فان فكرة الاضطهاد غالباً ما تكون مصحوبة بفكرة العظمة. فالمريض قد يدعي بقوة خارقة، وبالحكمة والعبقرية. وفي حالات متطرفة قد يدعي المريض بأنه توحد في شخص آخر كأن يكون نابليون، او المسيح، أو مصلحاً اجتماعياً كان موجوداً، او موعوداً به(صالح، 2005).

5. الفصام غير المتميز :

وهذه الفئة تشمل كافة الأعراض التي يصعب وصفها في أي فئة من الفئات السابقة مع وجود أعراض وعلامات مميزة في هذه الفئة مثل الأعراض السابقة للاضطراب العقلي، والانفصال عن الواقع، والسلوك المضطرب بأشكال متباينة (غانم، 2007).

6. الفصام الكامن :

استعمل هذا المصطلح منذ أن وجد الطبيب النفسي بلولر للاشارة إلى حالات تتجمع لديها بعض أعراض اضطرابات التفكير والسلوك الحركي الفصامي من فترة إلى أخرى، ولكن من دون أن يؤدي ذلك إلى أكتمال الصورة التشخيصية المألوفة لمرض الفصام. وتستعمل أدبيات علم نفس الشواذ والطب النفسي للاشارة إلى المضمون نفسه مثل الفصام المتجول الذي أخذ أسمه من خلال العثور على شخصيات تحمل استعدادات فصامية تظهرها حالات الشدة والصدمة ويكون ظهور نمطها الفصامي مرهونا بمثل هذه الحالات، وفي غياب حالات الشدة فان اصحاب هذه الشخصيات يعيشون حياة طبيعية ولكنها هشة تنقصها القدرة على المقاومة.

7. الفصام المتبقي :

يظهر اصحاب هذا النمط من الفصام غرابة في السلوك واضطراب في التفكير دون أن تظهر لديهم أعراض ذهانية واضحة. وعادة ما يشير هذا النمط إلى اؤلئك الذين سبق وتعرضوا للانهيار الفصامي إلا أنهم لم يعودوا الآن ذهانيين وإن كانوا يكشفون عن الأعراض الفصامية بصورة خفيفة.

8. الفصام الحالم :

تطلق هذه التسمية على شكل من الاعراض الفصامية التي تظهر المصاب وكأنه في حالة حلم، حيث ينفصل عن الواقع ويستسلم فيها لهلاوس المتبدلة بسرعة، فتضطرب آلية الوعي لدى المريض وتغدو صلته بالواقع واهية.

9. الفصام الوجداني :

تغلب في هذا الفصام الهذاءات التي تتركز حول الجانب الانفعالي من الشخصية، حيث أن التجربة الانفعالية للشخص تبرز أكثر الهذاءات الاضطهادية مع ميول انتحارية، وتمارس الازمات النفسية والصادة دورا واضحا في هذا الفصام.

10. الفصام المختلط أو المطعم :

يطلق هذا المصطلح على الحالة الفصامية التي تختلط مع حالة التخلف العقلي، ويتميز هذا النوع بصعوبة تشخيصه لوجود الكثير من أعراضه لدى المتخلفين عقليا نتيجة تخلفهم العقلي وليس نتيجة اصابتهم بالفصام(سعد، 1994).

المراحل التطورية للفصام :

يأخذ الفصام كما هو الحال في بعض الاضطرابات النفسية مسارا منتظما أو مراحل تطورية عبر الزمن. ولقد جرى تقليدا تقسيم هذا المسار الذي يتطور به الفصام إلى ثلاث مراحل هي :

1. المرحلة الاستهلالية (الأولية) :

إن بدايات الفصام غالباً ما تحدث في أثناء مرحلة المراهقة او في بدايات الرشد ، وقد تحدث أحيانا بشكل مفاجئ جداً. ففي غضون أيام قليلة يتحول الفرد من إنسان سوّي وعاقل ومتكيف بشكل جيد الى شخص آخر ذهاني. فيما يحدث الفصام في حالات أخرى بشكل بطيء واختلالات وظيفية خفية او غير بينه قد تستغرق سنوات حتى تظهر على شكل اضطرابات ذهانية واضحة. ويطلق على هذه المرحلة التدريجية من النشوء والتطور بالمرحلة الاستهلالية او الأولية.ولعل أهم ما تتصف به هذه المرحلة هو ميل الفصامي الى الانسحاب والعزلة الاجتماعية. وغالباً ما يهمل مظهره وصحته ، وينسى أن يذهب الى الحمام ، وينام بملابسه... وما الى ذلك. كما أن أداءه في المدرسة او في العمل يختل ويضعف. فهو إن نهض في الصباح فأنه ينهض متأخراً ، ويبدو في أدائه مهمل ، وتبدو انفعالاته سطحية وساذجة وغير مناسبة.وتحصل في بعض الحالات أن الاضطراب يظل يتابع تطوره بصورة تدريجية ولكن بشكل غير واضح للآخرين ، الى أن يبدأ الفرد بإظهار تصرفات شاذة وغريبة ، كأن يقوم بجمع القمامة أو التحدث الى نفسه ، أو الانشغال بتصرفات سلوكية أخرى غير مألوفة. وعندها يكون هذا الفرد مهيئاً للدخول في المرحلة الثانية للفصام.

2. المرحلة النشطة :

يبدأ المريض في المرحلة النشطة هذه (Active Phase) بتصرفات سلوكية ذهانية ، حيث تظهر عليه أعراض متنوعة من قبيل : الهلاوس ، الأوهام ، الكلام

غير المترابط، الانسحاب الحاد، وما الى ذلك. وليس من الضروري بطبيعة الحال ان تظهر كل هذه الأعراض على مريض واحد.

3. المرحلة المتبقية :

قد يحصل شفاء تدريجي لبعض حالات الفصام. غير أن معظم المرضى الذين يبلغون المرحلة النشطة او الحادة يواصلون مسيرتهم التطورية في المرض ويدخلون المرحلة الثالثة المسماة بالمرحلة المتبقية (Residual Phase)، حيث يكون السلوك فيها مشابهاً للمرحلة الأولى، الاستهلالية، ويغلب عليه الجمود في العواطف، وتكون انفعالاته ووجداناته مسطحة وبليدة، وقد يبقى كلامه مفككاً، وصحته متدهورة. وبالرغم من أن هلاوسه وأوهامه قد تتبدد، فأنه يظل يمر بخبرة ادراكية غير عادية، وأفكار غريبة، وادعاءات من قبيل القدرة على التنبوء بالمستقبل او السيطرة على الأحداث من خلال التفكير السحري. ونتيجة لذلك، فان الفصامي في هذه المرحلة يبقى غير قادر على تحملّ مهمات بيتيه او القيام بعمل وظيفي.

وتحصل في بعض الحالات ان تنتهي المرحلة المتبقية بالعودة الى ممارسة الفرد لوظائفه العادية بشكل تام. غير ان هذا لا يحدث، لسوء الحظ، إلا نادراً، أما غالبية المرضى فأنهم يبقون على أوضاعهم. وقد ينحدر بعضهم الى حال أسوأ فتعاوده الذهانات الحادة التي كانت تظهر عليه في المرحلة النشطة للفصام. ولقد أشارت دراسة تتبعيه قام بها مانفر (ابن الطبيب النفساني المعروف بلولر) لاكثر من ألف فرد مصاب بالفصام، تبين منها أن حوالي 10٪ منهم ظلوا على حالهم لما تبقى من حياتهم، و 25٪ منهم عادوا ليمارسوا وظائفهم العادية، فيما بقي 50٪ الى 65٪ منهم تتأرجح او تتغير حالتهم بين المرحلتين، النشطة والمتبقية (صالح، 2005).

تشخيص الفصام

يمكن أن نشخص الفصام من خلال ما تم طرحه من أعراض مسبقة، وعلى الرغم من أن التشخيص التقليدي يفرق بين اربعة أنماط اكلينيكية للفصام (البسيط، والتفككي، والزوري، والتخشبي) فإن الفصام لا يكون مطابقا للوصف التقليدي لأحد هذه الأنماط، بل يتغير من نوع لآخر أو قد يختلط. هذا ولا يوجد عرض واحد يمكن أن يؤكد الفصام أو ينفيه.

1 – يجب تفريق الفصام عن الذهان العضوي وأمراض المخ العضوية، حيث نجد أنه في الفصام يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور، وفي الذهان العضوي نلاحظ أعراضا جسمية واضحة.

2 – ويجب التفريق بين الفصام والهستيريا، حيث نجد في الهستيريا أن البدء فجائي والسبب واضح.

3 – ويجب التفريق بين الفصام والوسواس، حيث يقاوم المريض وساوسه شعوريا.

4 – ويجب التفريق بين الفصام وذهان الهوس والاكتئاب حيث يتغير الانفعال ويشتد بسرعة.

5 – ويجب التفريق بين الفصام واضطرابات الشخصية مثل السيكوباتية، حيث نجد في الأخيرة الاندفاع والانحراف ممتد الجذور إلى الطفولة.

6 – ويجب التفريق بين الفصام (خاصة الفصام المبكر) أو ما يسمى فصام المراهقة وبين اضطرابات مرحلة المراهقة وصراعاتها ومشكلاتها وما يشاهد فيها من الثورة والتمرد والعناد والتذبذب الانفعالي وغرابة السلوك والشذوذ.

7 – ويجب التفريق بين الفصام والصرع، فقد وجد العلماء أنه يوجد علاقة وارتباط وثيق بين هذين المرضين، ولوحظ أن الكثير من مرضى الصرع

خصوصا الصرع النفسي الحركي، يعانون بعد فترة من أعراض شبيهة بمرض الفصام، وبالتالي اتجهت الآراء عن احتمال تشابه أسباب مرض الصرع ومرض الفصام... ونحن نعلم أن السبب الرئيسي للصرع هو موجات كهربائية دورية شاذة في الدماغ، وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام أسبابا فسيولوجية كيميائية مشابهة لما يحدث في الصرع (البنا، 2005) و(عكاشة، 1980).

العمر والانتشار

على العموم يظهر الفصام في سن المراهقة والرشد المبكر ويبلغ انتشاره عالميا بين الأمراض بنسبة 3 – 7 ٪ ويمكن الكشف عنه من خلال السلوك الملاحظ وخبرات المريض التي يبلغ عنها (van Os & **Kapur , 2009**).يحدث الفصام في حوالي 1 ٪ من السكان عموما، ويظهر قبل عمر 19 سنة وقد يشكل ذلك 40 ٪ للرجال و 23 ٪ لدى النساء (**Addington et.al , 2007**).

علاج الفصام :

للفصام درجات مختلفة من الشدة. فبعض المرضى يأتيهم المرض على شكل هجمة واحدة أو أكثر. ومع العلاج، يعود المريض إلى الحالة الطبيعية تماماً بين الهجمات، وهؤلاء نسبة قليلة من المرضى. والأغلب أنهم يصابون بالمرض على شكل هجمات أيضاً ومع العلاج يعودون إلى مستوى قريب من الطبيعي، حيث تزول معظم الأعراض التي أصيبوا بها في البداية، ولكنهم يفضلون العزلة وتتدهور بعض مهاراتهم الاجتماعية والشخصية. ونسبة قليلة أخرى يشتد بهم المرض، خاصة إذا تركوا من غير علاج لفترة طويلة، حتى يصعب التعايش معهم فيضطرون إلى الإقامة في المستشفى فترات طويلة (Gorczynski & Faulkner,2010) لذلك ليس من الضروري وضع جميع المفصومين في مستشفيات الأمراض العقلية. ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجيين.ولا

يودعون في المستشفى إلا حالات الفصام الحاد أو المزمن أو في حالة ما إذا كان المريض يمثل خطرا على نفسه أو على الآخرين، وفي حالة عدم استبصار المريض بحالته ورفضه العلاج. وعلاج الفصام عملية طويلة، وتحتاج إلى كثير من الحنكة، والصبر، والاهتمام بالعلاقة العلاجية، والرعاية التمريضية اليقظة المستمرة (البنا، 2005) وفيما يلي أهم ملامح عملية علاج الفصام :

1 – العلاج الطبي الكيميائي :

يعتمد علاج الفصام على الأدوية التي تعوق توصيل الدوبامين، وتعرف الادوية التي تمنع اساسا توصيل الدوبامين باسم مضادات الدوبامين أو مضادات الذهان التقليدية ومنها كلوربرومازين، هالوبيريدول، دروبيريدول، فلوبنثيكسول، بيموزيد، سالبيريد، ثيوريدازين. وقد أدت الثورة الحديثة في الطب النفسي إلى اكتشاف عدد من الأدوية المضادة للفصام والتي تقوم بعمل رائع خلال أيام ولا تسبب أعراض جانبية خطيرة أو أي شكل من أشكال الإدمان. وأهمها الهاليبريدول Haleperidol والريسبريدال Risperdal والزيبركسا Zyprexa والسوليان Solian وغيرها (Schultz et.al ,2007). كما تم تطوير دواء "كلوزابين" (Clozapine) (مضاد غير نمطي للذهان) من قبل شركة الأدوية السويسرية "ساندوز" للتغلب على الأعراض الجانبية السيئة للثورازين بينما يتم علاج الفصام... وكلورابين الذي يؤثر في السيرونونين والدوبامين الذي يسمح للمريض بأداء الوظائف الأخرى بصورة طبيعية، ويعتبر أحد مضادات الذهان الحديثة والتي منها كذلك ريسبيريدون، سرتيندول، أولانزابين ويجب التوضيح أن الأدويه التي تعوق الدوبامين تفيد في علاج (الهلاوس والعدوانية والهياج والسلوك الغريب واضطرابات التفكير) والتي تسمى بمجملها الاعراض الموجبة للمرض، ولكنها عديمة الفائدة الى حد كبير في تقليل اعراض اخرى مثل (قلة الكلام، والانسحاب العاطفي والاجتماعي، وقله الحركة والأنتباه، وانعدام المبادرة والتفكير النمطي والمزاج) والتي تسمى بمجملها الاعراض السالبة، وتؤدي

هذه المضادات التقليدية للفصام الي حدوث اثار جانبية غير مستحبة مثل التيبس، والانقباض العضلي اللاأرادي، والتصلب، ورعشة الاطراف والاحساس بالتململ. لذا تؤدي الاعراض السالبة الى تقليل احساس المريض بأنه بخير وهي كثيرا ما تساهم في اتخاذ المرضى القرار بوقف استعمال الدواء، وقد أدي التقدم في فهم الفصام الي أدخال أدوية جديدة لها اثار جانبية أقل وتفيد في علاج نطاق أكبر من الاعراض، وهذه الادوية تؤثر أيضا على توصيل موصل اخر من الموصلات العصبية يعرف باسم السيروتونين، وهذه المجموعة من الأدوية تعرف باسم مضادات الذهان الحديثة، وبعض مضادات الذهان الحديثة الأحدث تعرف أيضا باسم مضادات السيروتونين - الدوبامين SDAs وأحد أمثلة مضادات السيروتونين- الدوبامين SDAS هو ريسبيريدون (ريسبردال م) وتؤدى الخواص المحسنة لمضادات الذهان الأحدث الى تحسين نوعية الحياة لدي المرضى(McEvoy,2006).

2 – علاج الصدمات الكهربائية :

ويستعمل هذا العلاج عادة مع العلاج الأول، ويستحسن أن يتأخر عنه قليلا، حتى في الحالات الحادة، ونتائجه أصلح ما تكون في الحالات الحادة والمصحوبة باضطراب في العاطفة وخاصة الاكتئاب، وحالات الفصام الكتاتوني الانسحابي، والفصام البارانوي المصحوب بفيض عاطفي شديد مع الضلالات، وكذلك أثناء خطة العلاج الطويلة بالعقاقير والتأهيل معا، وذلك مع ظهور الاكتئاب، وأثناء استعادة العلاقة بالواقع (زهران، 1988).

3 – العلاج بالعمل :

وهو صنفان في حالات الفصام، فإما أن يكون الهدف منه استعادة المريض فاعليته، وعدم تركه لخيالاته وسلبياته، واستعادة ثقته بأنه قادر على شيء ذي فائدة... وأن يرى نتاج عمله فيتحسن للرجوع للواقع... وإما أن يكون جزءا لا يتجزأ

من علاج الوسط (الذي سنتناوله فيما بعد) والعلاج السلوكي، ويتعرف فيه المريض على جسده، ويكسر خموله وعاداته السلبية واختفائه في قالب ثابت من الوجود.

4 – العلاج النفسي :

ولابد أن نبدأ هنا بالقول أن الرعب من العلاج النفسي (وخاصة التحليلي) للفصاميين، قد قل كثيرا، نتيجة لوفرة استعمال العلاج الكيميائي، حيث نشجع المعالج أن يتفاعل مع المريض، وهو ضامن أن بيده أسلحة يتدخل بها وقتما يشاء، ليتمكن من السيطرة على الموقف باستمرار. والعلاج النفسي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية والتعلم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه، مع التركيز دائما على أهمية العودة إلى العالم الواقعي. من أنواع العلاج النفسي التي ساعدت كثيرا من المرضى الفصاميين العلاج النفسي المكثف Intensive Psychotherapy، وقد ثبت فاعليته، واتيحت له الفرصة كاملة، إلا أنه يحتاج لوقت وجهد بلا حدود، وفيه يقوم المعالج باختراق حاجز العزلة عند المريض، ومحاولة فهم لغته الخاصة، والقيام بدور المترجم له، أو الجسر الذي يعبر عليه إلى دنيا الواقع، وهذا النوع ليس بديلا عن العلاجات العضوية الأخرى، ولكنه متمم لها. وهناك العلاج النفسي الجماعي أو الجمعي وخاصة نوع الجشطالت والتحليل التفاعلاتي من دون الإغراق في التفسير والتأويل وهو يساعد على إعادة احتمال التواصل مع الآخرين والتقمص، واكتساب مهارات اجتماعية جديدة، وتجميع أجزاء الشخصية في جو علاجي خاص ومدروس وموجه، وهذا النوع من العلاج يكون أنجح وأجدى في حالات الفصام المبتدئ، حيث يعد العلاج المفضل الذي لا يكتفي بإزالة الأعراض، بل إنه يحول هذه الأزمة المرضية إلى فرصة إيجابية لاستكمال نمو الشخصية ، مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض، والتوجيه والإرشاد النفسي للمريض

وتوجيه وإرشاد الأسرة. لذلك يهدف التحليل النفسي إلى التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا. والتأهيل النفسي والاجتماعي والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية والأسرية، ومساعدة الأهل في رعاية المريض واهتمامهم به من أجل تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي (البنا ،2005) (شاهين والرخاوي، 1977)

5. **العلاج الاجتماعي :**

يهدف هذا العلاج إلى تجنب المريض تجنب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام بإعادة التطبيع الاجتماعي وإعادة التعلم الاجتماعي والاهتمام بالنشاط الترفيهي والرياضي والموسيقى لربط المريض بالواقع والتقليل من استبطانه وانشغاله بذاته وعرضه والكشف عن اضطرابات المريض وصراعاته. لذا يركز العلاج البيئي- الاجتماعي على تعديل البيئة وإصلاح الجو العائلي حتى يساعد ذلك في تدعيم التحسن التدريجي في حالة المريض. والعلاج بالعمل والتوجيه والتأهيل المهني لشغل المريض وإخراجه من دائرة الاستغراق في الذات، مع تنويع العمل، والعلاج باللعب في حالة فصام الطفولة (زهران، 1988).

6 – **علاج الوسط :**

ويقصد به تهيئة مجتمع علاجي صغير (مستشفى مثلا) له فلسفة في الحياة، وأهداف مشتركة، وموقف محدد، يشترك فيه المرضى، وجميع الأفراد المعالجين، ويستعمل فيه سائر أنواع العلاج السابقة، بحيث يتيح للمريض فرصة المشاركة في جو خاص يتيح له إجازة مدروسة من عالم الواقع الذي لم يتحمله، ولكنه في نفس الوقت يحافظ فيه على درجة خاصة من العلاقات والنشاط، ويستعيد من خلالها قدرته على العودة إلى الواقع تدريجيا بطريقة أكثر قدرة، وأوفر نشاطا(شاهين والرخاوي، 1977).

7 – العلاج الجراحي النفسي :

وهو العلاج الذي يهدف إلى قطع بعض الدوائر العصبية التي تساهم في توصيل وإثارة الانفعالات المرضية ، ولا يستعمل إلا في الحالات المزمنة ، وعندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى وبعد مضي ثلاث سنوات على الأقل (البنا ، 2005).

الاضطراب ثنائي القطب bipolar disorder

الحالة المرضية الاولى

انتابنى إجهاد جسمى لا قبل لى بوصفه . كان هناك شعور بالتعب في العضلات يختلف عن كل شعور شعرت به من قبل . إحساس غريب بدا وكأنه يتصاعد من النخاع الشوكى الى المخ . وكنت أحس بشىء من التوتر العصبى لا أملك وصفه ... كنت أقضى الليالي من دون نوم ، أرقد فيها وعيوني جافة وشاخصة تحلق في الفضاء . وأنا في رهبة في أن كارثة ما توشك أن تقع . وبدأت أخشى أن أبقى وحدي . ثم أصبح أتفه الواجبات وكأنه عبء باهض وشاق ، واخيرا اصبحت التمرينات الجسمية والعقلية من الامور المستحيلة ، إذ امتنعت العضلات المتعبة عن الاستجابة ، ورفض عقلي أن يعمل ، وتبخر الطموح . كان شعوري العام من النوع الذي يمكن تلخيصه في عبارة (وما الجدوى) . لقد بذلت كل جهد كي أجعل من نفسي شيئا ، ولكن المقاومة بدت عديمة الجدوى ، فقد كانت الحياة تبدو عقيمة تماما(شيلدون،1984) .

الحالة المرضية الثانية

اتت امرأة مرتاعة إلى العيادة بزوجها الذي يبلغ 35 سنة ، والذي يعمل مختصا بالكيمياء الحيوية .. دخل الرجل العنبر في روح عالية وراح يقوم بتحية المرضى ، ويؤكد أن المكان رائع ، ويطلق النكات السريعة سخرية من أسماء الأطباء الذين كان يقدم إليهم .. وبعد أن غادرت زوجته .. أخذ المريض يمرح في الصالة ، ويلقى بدوائه على الأرض ، ثم قفز إلى قاعدة نافذة وجعل يتحدى الناس أن ينزلوه من مكانه المرتفع . ثم وضع في غرفة بمفرده حيث يستطيع أن يكون حرا ، فعمد مباشرة إلى فك أجزاء من السرير وأخذ يطرق على الجدران ويصرخ ويغنى . ثم أندفع خارجا إلى الصالة واندمج في نوع غريب من الرقص قبل أن تتيسر إعادته إلى غرفته .وفي الصباح التالي وبعد ليلة لم يكد يحظى فيها بالنوم ، كان المريض أكثر ضجة وحيوية مما كان عليه من قبل . فقد حطم المصباح العلوي بحذائه ، وكذلك مزق عددا من ملابس المستشفى ، ثم غطى نفسه ببعض القطع المزقة التي تخلفت عن هذه الملابس ، وأدعى أنه طرزان وأخذ يطلق صيحات الغابة ليثبت ذلك . ثم أخذ يزأر قائلا لقد شربت دم النمر ! أنني رجل عبقري استحق أن أكون بمنصب رئيس العمل . لقد سبق أن قتلت وسأواصل القتل . ثم أخذ يوجه تعليقات غرامية الى المرضات ويطارحهن الغرام .. (شيلدون، 1984).

التعريف والوصف



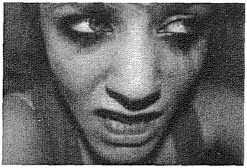
وأول من وصف الحالة الأولى لما يسمى باضطراب ثنائي القطب أو "الاكتئاب الهوسي" الطبيب النفسي الالماني أيمل كرايبيلن (Emil Kraepelin). حيث وجد أن هذه الحالة تعاني من خلال وجود واحد أو أكثر من مستويات النشاط المرتفعة بصورة غير طبيعية في المعرفة

والمزاج مع أو بدون واحد أو أكثر من نوبات الاكتئاب، ويدعى المزاج المرتفع إكلينيكيا في هذه الحالة باسم الهوس mania، في حين إذا كانت درجة المزاج متوسطة فتدعى آنذاك بالهوس الخفيف hypomania وهي إعراض خفيفة من الهوس تصاحبها نوبات هوسية، لذا يختبر المرضى في الهوس الخفيف النوبات الاكتئابية أيضا. أو أنهم قد يواجهون كلا النوبات في وقت واحد (Basco , 2006).

إن الأفراد الطبيعيين يختبرون حالات النشاط أو الاكتئاب بصورة طبيعية ولفترة معينة من الزمن بسبب مثير ما في حين يختبر الأفراد المصابون باضطراب ذو القطبين نوبات الهوس والاكتئاب بصورة سريعة ومتناوبة، وتدعى هذه الحالة بالتداور السريع rapid cycling. وتؤدي النوبات الهوسية الحادة إلى أعراض ذهانية حادة كالأوهام والهلاوس. (Lam et.al , 2004).

ويعرف اضطراب ثنائي القطب : بأنه اضطراب وجداني يتميز بتعرض المريض لنوبات متعاقبة من الفرح والابتهاج والانشراح والهوس والحركة الزائدة والحيوية، ومن ثم نوبات من الحزن واليأس والاكتئاب والانسحاب من المجتمع أو الاصابة بواحدة من هذه النوبات فقط (العيسوي، 1992) لذا يتراوح اضطراب ثنائي القطب بين الاكتئاب، والهوس.

القطب الأول (الاكتئاب) :



يمتاز الاكتئاب في الثنائي القطب من النوع الذهاني، فيشعر المصاب من خلاله بالقنوط المسيطر، والبطء الشديد في العمليات الجسمية، ومشاعر التأثم. على أن هذه الخصائص يصاحبها في أكثر الأحيان طائفة متنوعة من الاعراض الثانوية من قبيل فقدان الشهية، والأرق والبكاء المتكرر. أي الصورة العامة تقترب من حالات الحداد المعروفة. لكننا في

الاكتئاب هذه أنه لم تقع حادثة وفاة مباشرة أو قريبة بين أفراد الأسرة والأصدقاء، ويمتد الاكتئاب في ثنائي القطب إلى فترات أطول بكثير من فترات الحداد العادية. وعند نشأة الاكتئاب نجد أن البلادة الجسمية قد انضافت الى البلادة العقلية، وأن المريض قد أصبح عاجزا عن أن يهم بأي نشاط أو عن أن يمضي في حياته. وكلما زادت مشاعر اليأس في هذا الاكتئاب، نمت الهذاءات لدى المريض بأنه عديم النفع، وهذه الهذاءات تمثل مشاعر التأثيم والخطيئة التي تفاقمت وتجاوزت كل الحدود. ولأن المريض يعتقد أنه قد ارتكب من الآثام ما لا يمكن التكفير عنه، تراه ينتهي إلى الشعور بأن التعاسة هي نوع من العقاب على ما ارتكب من ذلك. ومن ثم إن المريض يقيم على اعتقاده هذا على الرغم من الحجج والبراهين التي يتقدم بها إليه من يحبهم من الأهل والاصدقاء الذين يحاولون إقناعه بأن مثل هذه المعتقدات لا أساس لها من الصحة. وأخيرا تؤدي هذاءات انعدام الجدوى في كثير من الاحيان الى التفكير في الانتحار، إذ الانتحار هو ذلك التصرف البائس الأخير الذي يبدو في نظر المريض بمثابة الحل الوحيد لعذابه الذي لا ينتهي. والمثال الآتي يوضح ذلك (كاشدان، 1984)



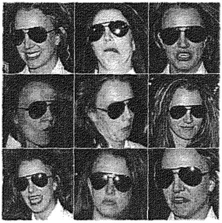
لسبب غامض، أو ربما لأني كنت ارتكبت الخطيئة التي لا تغتفر، أو لمجرد أني كنت مخطئا وكريها، وأسوأ خلق من الرجال، تم أختياري كي أدخل حيا من خلال أبواب جهنم الى مستشفى عادي للامراض العقلية.. (زوجتي) كانت الشخص الوحيد الذي استطعت أن اسر إليه بما لدي من فزع ورعب، وقد حاولت جاهدا أن أطلعها على مجرى تفكيري. وكان ذلك يتلخص بصفة عامة أني اشبه السيد المسيح. لقد كانت مهمة الشيطان أن يتصيد الإنسان، ثم يجعله يبيعه روحه بيعا كاملا ونهائيا، ثم يشده إلى الهاوية... وقد حاولت الانتحار ثلاث مرات، كان

أكثرها خطورة تلك المحاولة أن ألقي بنفسي أمام السيارة، بينما كانت زوجتي أثناء زيارتها لي تشاهدني.

لذلك تصنف اعراض الاكتئاب في الاضطراب ثنائي القطب الى :

- مشاعر من الحزن المستمر.
- القلق والشعور بالذنب.
- الغضب واليأس والعزلة.
- اضطرابات في النوم والشهية.
- التعب وفقدان الاهتمام بالانشطة المعتادة.
- مشاكل في التركيز والانتباه.
- الشعور بالوحدة واللامبالاة أو عدم الاكتراث.
- فقدان الاهتمام بالنشاط الجنسي.
- كره الذات، والخجل.
- التهيج وألم مزمن من دون معرفة السبب.
- قلة الدوافع، والتفكير بالانتحار (Bowden et.al , 2001) .
- في الحالات الحادة يصبح الفرد ذهانياً، فتظهر لديه مجموعة من الأوهام والهلاوس المزعجة والسوداوية، وقد تستمر نوبة الاكتئاب لاسبوعين على الاقل، وفي حالة عدم المعالجة قد تستمر أكثر من ستة اشهر (ROBERT , 2000).

القطب الثاني (الهوس) Mania :



يشير المعنى النفسي للهوس الى الاختلال العقلي أو الأثارة كما يعني الولع والشغف الجنوني. على سبيل المثال ينتاب بعض الافراد الهوس بالسيارات المسرعة أي يصاب الفرد بولع بقيادة السيارات بسرعة جنونية (العيسوي، 1992). ويعد الهوس الوجه المناقض للاكتئاب، فبدلا من أن يكون المريض قانطا، تراه منتشيا ومطمئنا قابلا للاستثارة، وبدلا من أن يشعر بالاجهاد البدني والانهاك تراه مليئا بالحيوية والطاقة. والمرضى الذين يعانون من الهوس يظلون في حالة دائمة من الضحك، وإطلاق النكات، وارتجال الخطب في كل أنواع الموضوعات غير المعتادة. وعلى الرغم من هذا المظهر السعيد المنشرح فأن مريض الهوس أبعد ما يكون عن السعادة أو الرضا. فيكشف الفحص الدقيق عن أن فرط النشاط يخفي وراءه الكثير من مشاعر التوتر. فالنشاط الهوسي المتمثل بالضحك وغيره ليس من رغبة المريض بل أنه مجبر الى القيام بذلك. وقد يندفع المرضى الهوسيين الى مستوى من حمى المرح والنشاط الى درجة الانهماك والانهيار (كاشيدان، 1984).

أعراض النوبة الهوسية :



تصنف النوبة الهوسية اعتمادا على شدتها، وعلى العموم تتميز النوبة الهوسية بفترة مزاج مرتفع، التي يمكن أن تأخذ شكل الغبطة euphoria (على سبيل المثال عندما يفرح شخص ما على إثر مناسبة معينة بشكل مجنون، كأن يقوم باحتضان الآخرين، أو رمي الأوراق إلى ألاعلى، أو توزيع الأموال والنقود على الآخرين..

وغيرها). ونتيجة للنشاط المفرط تنعدم أو تقل الحاجة للنوم مثل النوم لساعات قليلة أو عدم النوم لأيام عدة (American Psychiatric Association , 1994). من الأعراض الأخرى أيضا أن المصابين يتحدثون بسرعة كبيرة، وتتسارع أفكارهم، وينخفض معدل تركيزهم وانتباههم فمن السهولة صرف انتباه المصابين بالهوس كما تنخفض لديهم عمليات الاستنتاج والحكم على الأشياء، وقد يظهرون الكثير من التصرفات والسلوكيات الشاذة. وقد يمر بعض الأشخاص بنوبة الهوس في حالة قلق أو عصبية حادة (تصل إلى درجة الغضب الشديد) في حين يختبر الآخرون حالة من الغبطة والشعور بالعظمة (NIMH , 2011).

علامات النوبة الهوسية

1 – المرح الشديد والسعادة الوهمية المفرطة والنشوة الزائدة، والتفاؤل المفرط والتحمس الزائد. والثقة الزائدة في النفس والشجاعة والخيلاء والشعور بالقدرة وكثرة المشاريع غير العملية، والشعور بالنشاط والخفة والبهجة والرضا عن النفس، مع الشعور بحسن الحال، أو حتى الشعور بالعظمة.

2 - السرعة والتعجل في كل العمليات العقلية، وصرف الانتباه وتحوله بسرعة شديدة، وميل نحو القيام بنشاط ينقصه التحكم والضبط، حتى أن الأمور التي بدأها المريض يتحول عنها بسرعة دون أن يتمها، أي يبدأ في عدة مشروعات دون استعداد.

3 – التعرض لأفكار هذائية تبين عن امتياز المريض وعظمته، وإلقاء المريض للنكت وضحكه الكثير.

4 – هروب وطيران الأفكار وسطحية التفكير والسلاطة الفكرية. وتشتيت الانتباه وعدم القدرة على التركيز، والانتقال السريع بين الموضوعات ومقاطعة الآخرين بمجرد ورود أفكار جديدة، والأوهام

وأفكـار العظمـة وتـوهم الغنـى والقـوة والأهميـة والغـرور الزائـد والهلوسـات أحيانـا ، وسـرعة الكـلام وعلـوه (وأحيانـا الكـلام المسرحي).

5 – النشـاط النفسـي الحركـي الزائـد وعـدم الاسـتقرار وزيـادة التـوتر وعدم المثابرة على العمل وسرعة الانجاز مع ضعف الإنتاج والفوضى في العمل.

6 – النشاط الاجتماعي والانطلاق الزائد ، والإسـراف والكـرم المفرط. والتبرج الزائد والتزين المفرط. واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وعدم مراعاة مشاعر الآخرين.

7 – سـرعة الاسـتثارة والتهـور والسـلوك التخـريبي أحيانـا. والإرهـاق والإنهـاك ونقـص الـوزن. والشـراهة والإدمـان (في بعـض الحـالات). والأرق واضطراب النوم بصفة عامة.

8 – إسراع ضربات القلب وفرط العرق والإنهاك واحمرار الوجه واهتزاز الأطراف واضطراب الإخراج واضطراب الحيض.

9 – النشاط الجنسي الزائد والاستعراض الجنسي والعرى والكتابات الغرامية (البنا ، 2001)

أنواع الهوس

على العموم ينقسم الهوس في الاضطراب ثنائي القطب على عدة أنواع وهي الآتي:-

حالة الهوس الخفيف Hypomanic :

يشعر المصابين بـ Hypomanic باعراض معتدلة وخفيفة من مستوى الهوس إذ يشعر المصابون بالتفاؤل، أو التحدث بسرعة ، وكذلك يشعرون بالحيوية ، وقلة النوم. ويختلف المصابون بالهوس الخفيف عن المصابين بالهوس الحاد بوصفهم

أكثر أنتاجاً وتركيزاً وانتباهاً وحكماً وتقديراً للامور موازنة بالأشخاص المهووسين بشدة، وكذلك يشعر الشخص المصاب بالهوس الخفيف Hypomanic بالارتياح مع أي شخص يواجهه، علما إن المصاب لا يتذكر هذا المصاب الإحداث التي قد تحدث له وقت نوبة الهوس أو الاكتئاب، وتستمر حالة الهوس الخفيف لأيام، أو لسنوات عدة، ولكن بصورة عامة تستمر الأعراض لأسابيع أو شهور عدة (CDI , 1995).

اعراض الهوس الخفيف

ويتميز بأنه يحوي صفات المرض العامة، أما علاماته الإكلينيكية فهي :

أ – وجود ثالوث الهوس بدرجة طفيفة لا تصل إلى شدة ذهانية.

ب – يستطيع المريض أن يتحقق من وضعه وعلاقته مع البيئة.

ج – قلما يظهر المريض سلوكا شاذا لدرجة تتعارض مع المجتمع.

د – يبدو المريض مملوءا بالحيوية والنشاط، ولا يكاد يستقر في مكان.

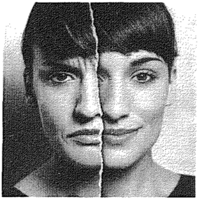
هـ - يميل إلى التعدي، فتكثر مشاجراته بعض الشيء ويحب السيطرة من حوله ولا يطيق النقد.

و – يرسم المريض كثيرا من الخطط والأفكار، ويؤكد أنها سبيله إلى حيز التنفيذ، ولكنه عادة لا ينفذها بشكل جاد، وهو يبدأ أغلب المشاريع دفعة واحدة، ولكنه لا يصل بأيها إلى غايته.

ي – لا يتقيد المريض – أحيانا – بالقواعد الخلقية، مما يوقعه تحت طائلة القانون.

ز – تظل ذاكرة المريض سليمة، وقد تزداد حدة (البنا، 2001)

الفترات الوجدانية المختلطة (المندمجة) :



تقع هذه الفترة ضمن سياق اضطراب الهوس الاكتئابي، إذ هي حالة تختلط فيها الأعراض السريرية السابقة للهوس مع الاكتئاب في المريض وفي هذه الحالة يشعر المصابون بالإحباط الشديد والفشل بتطاير الأفكار، وهذه الحالة المختلطة من المرض تعد من أخطر الحالات إذ تظهر فيها حالات سوء استعمال المواد ذات التأثير النفسي، ويصاحبها اضطراب الهلع، وتزيد محاولات الانتحار .(Goldman , 1999)

علامات الفترة الوجدانية المختلطة

أ – إما أن يشتد بشكل يجعله أقرب إلى السخرية الهجومية، ويفقد الجانب المشع منه، وإما أن ينقلب إلى عدوان وغضب مع فرط في الحساسية، ويتناوب مع هذا المرح القاسي.

ب – يشتد انتباه المريض للمؤثرات الداخلية والخارجية على حد سواء، ولا يستمر في اتجاه معين، بل ينتقل من مؤثر لآخر.

ج – تضطرب علاقته بالبيئة، فنراه لا يراعي الآداب العامة، ويتصرف بشكل فاضح، ويقول ويفعل ما ينافي الأخلاق والتقاليد المرعية.

د – إن الهلاوس أكثر حدوثا هنا من الهوس الخفيف... ولكنها مؤقتة ومتغيرة عادة، وتتفق مع الاضطراب الانفعالي الأساسي.

هـ– إن الضلالات – إذا حدثت – تكون متجهة إلى الشعور بالعظمة.

و – إن الأفكار تتطاير (طيران الأفكار)، حتى تبلغ من سرعتها عدم ترابط ظاهري، وقد تصل درجة شديدة من الطيران.

ي –قد يختل إدراك المريض للبيئة من حيث معرفة الزمان والمكان والأشخاص – أحدها أو جميعها –.

ز – تضطرب بصيرة المريض وقد تصل الى درجة شديدة.

ف– يتحول الشعور من الهوس الى الاكتئاب فيشعر المريض بالسوداوية، وعد الرغبة في العيش، والشعور بالفشل وألأثم، وانعدام القيمة.

الهوس الهذياني Delirious Mania :

وهو أشد أنواع الهوس، إذ تتطور حالة المريض من الهوس الخفيف إلى الحاد إلى الهذيان، التي تتمثل باختلاط الوعي وشدة الانفعالات والرغبة بالانتحار.

علامات الهوس الهذياني

أ – يتهيج المريض بشكل شديد، فلا يستقر على حال وقد يحاول تحطيم الأشياء أو الإعتداء على غيره، وقد يمزق ملابسه أو يتعرى تماما.

ب – لا يتعرف على الزمان أو المكان أو الأشخاص بتاتا.

ج – يصاب بهلاوس سمعية وبصرية... وقد يصاب بهلاوس أخرى متنوعة غير مستقرة.

د – تظهر لديه الضلالات..، كما يزداد شك المريض فيمن حوله.

هـ - يتصرف المريض بغير تحرج، فيقوم أعمالا منافية للآداب، ومنافية للمألوف، بكل بساطة وتبجح وإصرار.

و – يفقد المريض بصيرته نهائيا (البنا، 2001).

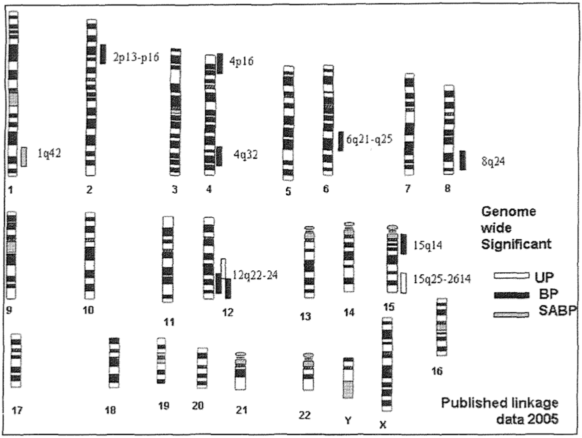
ملاحظة :

تظهر الأعراض المبكرة للمرض والتي تختلف من فرد لآخر، ما بين حالات ارتفاع المزاج أو الاكتئاب. وكلما استطاع المختص التعرف على هذه الأعراض مبكراً كلما كان للعلاج فى الفترات الأولى فرصة أفضل لمنع الانتكاس الكامل للمرض. وتظهر الاعراض الاولى بشعور فرد والإحساس الداخلي الذى يشير إلى بداية التغير فى المزاج، والتغير البسيط فى النوم أو الطاقة والحيوية أو احترام الذات أو الاهتمامات الجنسية أو التركيز أو الرغبة فى عمل مشروعات جديدة أو التفكير فى الموت (التشاؤم الفجائي) أو حتى التغيير فى طريقة اللبس أو المكياج... كل هذا من العلامات المنذرة لارتفاع أو انخفاض المزاج (ابو العزائم، 2009).

الأسباب

1. **الاسباب الوراثية** : تشير الدراسات أن للوراثة دور كبير في ظهور اضطراب ثنائي القطب، وأحيانا يكون دور الوراثة أكبر من دور البيئية. ومن الادلة الوراثية فقد وجدت الدراسات الجينية ومنها دراسة Nemeroff , 1998 ان الجين الواقع في الكروموسوم "x" له تأثير في الإصابة باضطراب ثنائي القطب، كما أن تفاعل الكروموسومات ولاسيما كروموسومات 4,6,11,12,13,15,18, 22 لها تأثير في الإصابة بهذا الاضطراب. وكذلك وجدت دراسة , Detera-Wadleigh et.al 1999.أن اضطراب ثنائي القطب يرتبط بمواقع الجينات الواقع على الكروموسومات الآتية q32q13 ، و q31-q321، و q11.218، ومن الممكن أن تسبب الكروموسومات الآتية اضطراب ثنائي القطب q16, 12q23-q24, 21q224 في حين يشترك هذا الاضطراب مع الكروموسوم الوراثي q32 and 18q11.213. أما دراسة Huang et.al , 2010 فقد وجدت أن جين NPAS3 له تأثير كبير في كل من الإصابة في اضطراب

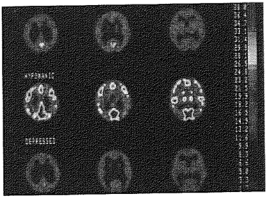
ثنائي القطب والفصام والاكتئاب. وكذلك الجين ADM الواقع على الكروموسوم 11p15. وهناك شكل في دراسة Craddock & Liz , 2006 يحدد الكروموسومات التي تسبب وتشارك في اضطراب ثنائي القطب، وكالآتي :



وعلى صعيد الدراسات العائلية وجدت دراسة MENDLEWICZ & RAINER , 1977 إن نسبة التوافق الوراثي بين الآباء البيولوجيين وأبنائهم قد بلغ نسبة قدرها 8 ٪، في حين بلغت نسبة التوافق بين آباء التبني والأبناء المتبنيين 1,8 ٪. كما وجدت دراسة CRADDOCK & JONES , 1999 أن نسبة الانتقال الوراثي بين أفراد العائلة من الدرجة الأولى يبلغ نسبة تتراوح بين 3 – 15 ٪ ويظهر الاضطراب في الأقرباء من الدرجة الأولى بعمر اقل من 25 سنة، في حين يظهر بين الأقرباء من الدرجة الثانية في عمر أكثر من 25 سنة. وقد وجدت ايضا دراسة Althoff et.al , 2005 : أن نسبة انتشار اضطراب ثنائي القطب بين الآباء

والأبناء بلغت 2, 3 – 23 ٪ وبمتوسط بلغ 6, 14 ٪. أما بين الأشقاء فقد بلغ نسبة قدرها 7, 2– 23 ٪ بمتوسط 9 , 10 ٪ في حين يكون التخمين العام للوراثة 7٪.

وتشير. دراسات التوائم : ومنها دراسة 1995 , KENDLER et.al التي أجريت على مجموعة من التوائم المتماثلة أن نسبة التوافق بين التوائم المتماثلة قد بلغ 79 ٪. في حين وجدت دراسة 2003 , McGuffin et.al التي أجريت على مجموعة من التوائم أن تاثير الوراثة بلغ نسبة تتراوح ما بين 85 – 93 ٪. أما دراسة Torgersen et.al 1986 التي اجريت على 4 أزواج من التوائم المتماثلة، و6 أزواج من التوائم الأخوية فقد وجدت ان نسبة التوافق الوراثي قد بلغت 75 ٪.



2. الاسباب العصبية : أن الاسباب العصبية الكامنة وراء اضطراب ثنائي القطب لم يتم اكتشافها بالكامل، ولكن هناك أدلة قوية على أن أحد مشاكل اضطراب ثنائي القطب يرتبط بوجود خلل في بنية أو وظيفة الدماغ، وتشير الدراسات العصبية إلى أن الطبيعة الكهروكيميائية لخلايا الدماغ لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب غير مستقرة. فضلا عن ذلك تشير دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي أن لدى المصابين بالاضطراب الثنائي القطب زيادة في حجم البطينات الجانبية للدماغ والجسم الشاحب المتعلق بالانفعالات، وزيادة في المادة البيضاء للهيبورانتينستيز المتعلقة بخلايا المخ. كما أن هناك أدلة على علاقة شذوذ تركيب المهاد، والغدة النخامية والكظرية باضطراب ثنائي القطب (Monroe, & Harkness, 2005). ويربط البعض كذلك بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الجهاز

العصبي (مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجبهي). ويرى البعض أن هناك علاقة بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطراب نسبة المعادن في الجسم (البنا، 2001).

3. **الأسباب البيئية** : ترجع الاسباب البيئية على وفق وجهة نظر علماء النفس الى النمط السلوكي وأسلوب المعاملة السائد بين أفرادها، بمعنى أن يخضع الابناء مثلا لنمط سيء من انماط التربية، كأن يتعرضوا لمزيد من القسوة والحرمان أو النبذ والاهمال أو التدليل الزائد وترك الحبل على الغارب. وعدم الخضوع لأي ضابط اجتماعي (العيسوي، 1992).

ومن الاسباب البيئية أيضا :

- واضطراب العلاقات الاجتماعية بصفة عامة
- والضغوط البيئية والانفعالية والعوامل الضاغطة في الحياة بصفة عامة، وصعوبة التوافق معها.
- والاضطراب الانفعالي للوالدين أثناء طفولة المريض.
- وفقدان موضوع الحب وفشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج.
- وحدوث اضطرابات انفعالية كثيرة في تاريخ المريض.
- السلطة والمعايير الجامدة والعقاب الصارم، ونقص المكانة الاجتماعية (زهران، 1988).
- وجود الصراع والمواد والأفكار الداخلية غير السارة، وتكون حالة الهوس شكلا من أشكال حيل الدفاع بوصفها تعويض ووسيلة نسيان.
- الفشل والإحباط ونقص الكفاية والقدرات ومحاولة إنكار ذلك عن طريق لعب دور النجاح والكفاية (بدون نجاح أو كفاية بالطبع) (البنا، 2005)

العمر والانتشار

إن البداية الأكثر شيوعا للاضطراب ذو القطبين في سن الرشد المبكر، لكن من الممكن أن يظهر هذا الاضطراب في سن سابق. (Lam et.al , 2004) فتشير الدراسات أن ذهان الهوس والاكتئاب يبدأ عادة فى فترة المراهقة وأحياناً يبدأ فى سنوات الطفولة المتأخرة أو فى سن40 - 50 عاماً. أما إذا بدأ المرض لأول مرة بعد سن 50عاماً فى صورة هوس ذهاني فإن المرض غالباً ما يكون صورة مشابهة لنوبة الهوس (مثلاُ بسبب مرض عصبي أو بسبب تأثير نوع من أنواع الأدوية المخدرة) (أبو العزائم، 2009). ويرجع السبب في اختلاف سن ظهور المرض ألى إن الاضطراب ذو القطبين هو اضطراب دائم ومتكرر ويمكن أن يأخذ مساراً متغيراً. وعلى الرغم من أن بعض الناس يتناوبون أو يتعاقبون بين الكآبة والهوس، وعدد الحوادث إلّا أن توقيتاتهم و نظامهم يمكن أن يتفاوت على نحو واسع، ويقدر نسبة انتشار الاضطراب بـ 1 ٪ (Lam et.al , 2004) وهو يشيع بين الناس أكثر من الرجال، ويصيب هذا المرض شخص بين كل 100 شخص في مرحلة من مراحل حياتهم (Ramsay et.al ,2012). في حين تبلغ نسبة اضطراب ثنائي القطب من مجموع نزلاء المستشفيات العقلية من 10- 15٪ (العيسوي، 1992).

التشخيص

من الملاحظات المساعدة في التشخيص الآتي :

1 – يبدأ المرض عادة بصورة فجائية، وقليلا ما نجده يحدث متدرجا، وتنتهي الدورة في حدود (6 أشهر)، إما تلقائيا أو نتيجة العلاج، إلا أن العودة للمرض مرة أخرى متوقعة، ولا يحدث تدهور عقلي أو انفعالي عند المريض.

2- هذا، وكثيرا ما تتعاقب حالات الاكتئاب والهوس على المريض الواحد، على هيئة نوبات أو دورات، قد تفصل بينها فترات شفاء، وعندئذ يصدق على هذه الحالة تسميتها بالجنون الدوري.

3 – ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين أعراض المرح أو الاكتئاب التي تصاحب بعض أشكال الذهان العضوي. ففي ذهان الهوس والاكتئاب لا تتأثر الذاكرة والذكاء والوعي بينما تتأثر وتتدهور في الذهان العضوي.

4 – ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين الفصام. ففي ذهان الهوس والاكتئاب يكون اضطراب الشخصية مسألة " كم " أي يكون مسألة " أكثر " أو " أقل " من الحالة السوية، ويكون هناك انسجام بين المزاج ومحتوى التفكير والسلوك، ويكون اضطراب التفكير وعدم الترابط أقل وضوحا، بينما يكون في الفصام مسألة تفكك الشخصية واضحا في السلوك، ويكون التفكير في الفصام غير مترابط وتحدده الهلوسات والهذيانات والأفكار الشديدة الغرابة (البنا، 2001).

العلاج

يتوقف العلاج على نوع المرض ودرجته، والعلاج ضروري في المستشفى، وخاصة في الحالات الحادة، وفي حالة الخوف على حياة المريض أو الآخرين. وفيما يلي أهم معالم علاج ذهان الهوس والاكتئاب :

1 – العلاج الطبي :

ويعتمد على الدور الذي يعالج المريض أثناءه ففي دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسي الحركي الزائد وعلى السلوك، وذلك باستعمال كلوربرومازين، والعلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائي كمسكن.

أما في دور الاكتئاب يجب السيطرة على الاكتئاب ورفع الحالة المزاجية باستعمال توفرانيل واميبرامين والعلاج بالرجفة الكهربائية، وعلاج الأعراض المصاحبة، مثل فقد الشهية والأرق والقلق، وحماية المريض من الإنهاك الشديد أو الموت جوعا، والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤذون أنفسهم أو يحاولون الانتحار (زهران، 1988).

2 – العلاج بالصدمات الكهربائية :

وهي من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة. وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة ولا تؤثر على المخ ولا تحدث نسيانا... وهي نافعة في كل حالات الاكتئاب الدوري تقريبا، حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير، ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصابي والاكتئاب المزمن المتراكم القلق.. كما أن توقيتها مهم للغاية، فهي تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهايته بدرجة أكبر منها في " قمة حدة المرض ".هذا وقد تصلح الصدمات قرب نهاية دور الهوس بعد ضبطه بالعقاقير، وقبل دخوله مرحلة الاكتئاب قبل الشفاء.

3 – علاج الأنسولين المعدل :

قد يصلح في حالات الاكتئاب البسيط، وخاصة إذا صاحب الريض الهزال وفقد الشهية (البنا، 2005).

4 – العلاج النفسي :

ويستعمل (بعد الإجراءات الطبية التي تجعل المريض أكثر استعدادا للعلاج النفسي) وهو يهدف في هذه الحالة إلى المساندة والدعم والحماية أثناء الدور، وفهم وحل مشكلات المريض وصراعاته وإحباطاته وإعطاء الأمل في الشفاء. وقد يصلح العلاج النفسي التدعيمي والتفريغي في حالات الاكتئاب البسيط وقد يغير العلاج النفسي المكثف والعلاج الجمعي بين النوبات، لإحداث تغيير جذري في

الشخصية، ويسمح كذلك بالتعبير عن هذه الطاقة الداخلية بطريقة منتظمة ومستمرة وبناءه، بدلا من ظهورها في نوبات مرضية (شاهين والرخاوي، 1977).

5 – العلاج الاجتماعي والعلاج البيئي :

ويستعمل للتخفيف الضغوط البيئية ولتدعيم توافق المريض اجتماعيا على المدى الطويل. والعلاج بالعمل لإثارة اهتمام المريض وانتزاع أفكاره السوداء ومن التمركز حول ذاته في دور الاكتئاب، ولتنظيم وضبط وتصرف نشاط وطاقة المريض في دور الهوس، حتى يتم تعليمه أفضل نوع من التفاعل يجابه به مشكلات حياته.

7– العلاج الوقائي ضد النكسة :

لأن ذهان الهوس والاكتئاب يميل إلى المعاودة يجب إبقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة، وتحت العلاج والتوجيه وتعليمه كيف يعبر عن انفعالاته وكيف يتجنب أخرى. وإذا حدثت النكسة فإنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور إلى بضع سنوات (البنا، 2005).

الفصل العاشر
الاضطرابات الذهانية الوظيفية



10

الفصل العاشر

الاضطرابات الذهانية الوظيفية

الأمراض الذهانية العضوية Organic Psychosis :



وهـي الأمـراض الـتي ترجـع إلى أسـباب وعوامـل عضـوية، وتـرتبط بتلـف في الجهـاز العصـبي ووظائفـه، مثل ذهان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى، أو عن اضـطراب الغـدد الصـماء، أو عـن الأورام، أو عـن اضطراب التغذيـة، أو الأيـض أو عـن اضـطراب الـدورة الدموية... إلخ (البنا، 2005) لذا فالذهان العضوي الذي هو اضطراب عقلي ذو منشأ عضوي عصبي يرتبط بتلف جزئي أو كلـي في الجهـاز العصـبي ووظائفـه (غصـوب، 2008). من مميزات الذهان العضوي كالآتي :

- تشوش الوعي : ويكون على درجات متفاوتة بالنسبة للتغيرات العضـوية الجاريـة في الجسـم، إذ يـتراوح مـن أقصـى صـور الهـذيان إلى التشـوش الشديد إلى البسيط إلى المتقطع إلى مجرد التضبيب والارتباك.
- اضطراب في التوجيه : إذ لا يعرف المصاب أين هو (اضطراب المكـان)، ولا الوقت بالسـاعات والأيـام والأشـهر أو السـنين (اضـطراب الزمـان) ولا نوعيـة الأشـخاص المحـيطين بـه (اضـطراب التشـخيص). ولـيس مـن الضروري أن يشمل الاضطراب في التوجيه كل هـذه النـواحي بـل بعـض منها فقط.
- اضـطراب في الـذاكرة : ويـتراوح مـن النسـيان السـريع لحـوادث آنيـة او عدم القدرة على استيعاب ما يجـري حاليـا، إلى نسـيان أجـزاء معينـة من

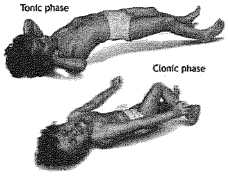
الحوادث والتواريخ، إلى نسيان أوسع للذكريات الحديثة، إلى فقدان الذاكرة الشديد بحيث لا تبقى إلا بقع أو جزر قديمة من الذاكرة.

- اضطراب في الحكمة والذكاء يتراوح من مجرد السهو والغلط إلى الخرف الشديد وفقدان كل حكمة وذكاء.
- وجود علامات تدل على حدوث مرض او تغير جسمي سابق يصاحب التغير العقلي. ومن هذه التغيرات نذكر مثلا : الحمى العالية، امراض الاوعية القلبية، الامراض الغذائية، وجود الاختلالات والصرع وفقدان الوعي (الدباغ، 1983).

وتقسم الامراض الذهانية العضوية على عدة أنواع، ومنها :

الصرع Epilepsie :

الصرع مرض يعبر عن نفسه بشكل نوبات وتنشأ النوبات عن طريق اضطراب مفاجئ ومؤقت للتوازن الكهربائي في الدماغ وتختلف النوبات من شخص لآخر فأحد ما يسقط ويبدأ بهز الذراعين والساقين وآخر يشعر بتنميل غريب، ويسمع أصوات غريبة ويحدق لفترة قصيرة أمامه فقط. وهذا يحدث لأن هناك أسبابا مختلفة للصرع إذ إن تلك الأسباب تحدد نوع النوبات والكمية . ويختلف التكهن بأسباب الصرع من شخص لآخر فعدد من أشكال الصرع يكون مرتبطا بالعمر وهذا يعني أن النوبات تحدث في فترات عمرية معينة ويمكن أن تختفي بتقدم العمر .كما إن الكثير من أشكال الصرع يكون سببها مرض دماغي أو ضرر دماغي وقلما تختفي تلك النوبات عفويا (Nationaal Epilepsie Fonds , 2011).



ويعاني الشخص المصاب بالصرع بمجموعة من الإعراض، ومنها : التيبس والجمود، وفقدان المرونة، وبطء الحركة، والخواء، وظهور علامات النرفزة، وفقدان الاهتمام بالبيئة، فضلا عن ذلك يعاني صاحب الصرع من أداء في تدهور الذاكرة وانحطاط قواه العقلية، والذي يظهر على شكل نسيان اسماء العلم، والأحداث المهمة، وما يحتفظ به من مفردات، واضطرابات كلامية مثل العسر واللغثة (الجسماني، 1998).

ويذكر التقسيم الحديث لنوبات الصراع، أن هناك نوعين رئيسيين، وهما

1. **النوبات التشنجية العامة** Generalized Seizures

تتميز هذه الأنواع كصفة عامة على ما يلي:

- مصدر الشحنات الكهربية من منطقة كبيرة في الدماغ.
- تأثيراتها على نصفي الجسم بشكل متماثل ومتساوي وبنفس الدرجة.
- فقد الوعي وإن قلت مدته لثوان قليلة.
- قد لا يفقد المريض اتزانه لذلك لا يسقط.

ومن أهم أنواع هذه النوبات :

- نوبات الصرع الكبيرة Grand mal epileps
- نوبات الصرع التوترية الارتجاجية الشاملة Generalized Tonic Clonic Seizures
- نوبات التغيب) Absence Seizures
- نوبات الصرع الخفيف Petit mal epilepsy

- نوبات الصرع التوترية Tonic Seizures
- نوبات الصرع الإرتجاجية Clonic Seizure
- نوبات الصرع الإرتخائية Atonic Seizures
- نوبات السقوط Drop attack
- التقلصات الطفولية Infantile Spasm
- صرع الارتجاج العضلي الصبياني Juvenile Myoclonic Epilepsy

2. النوبات التشنجية الجزئية Partial Seizures



تتميز هذه الأنواع كصفة عامة بما يلي:

- مصدر الشحنات الكهربية من منطقة محددة وصغيرة في الدماغ.
- تأثيراتها محددة على منطقة معينة وعليه يكون شكل الأعراض الظاهرة.
- قد لا يكون هناك فقد للوعي وقت حدوث النوبة

من أهم أنواع هذه النوبات :

- التشنج الجزئي البسيط Simple Partial Seizures
- النوبات البؤرية focal seizures وقد تظهر بأشكال متعددة سواء كانت منفردة أو مجتمعة:

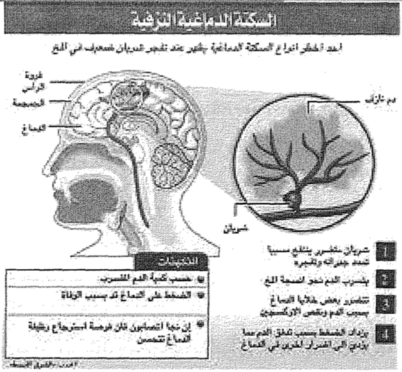
1. علامات حركية Motor sign
2. علامات حسّية Sensory sign
3. تغيير في نشاط الجهاز العصبي غير الإرادي Autonomic sign

- التشنج الجزئي المركب Complex Partial Seizure
- التشنجات النفسية الحركية Psychomotor Seizures
- صرع الفص الصدغي Temporal Lobe Seizures (الصبي، 2010)

السكتة الدماغية stroke,

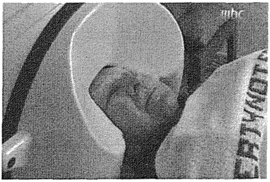
وتسمى أحيانا بالهجمة على الدماغ، وتحدث عندما ينقطع وصول الدم الى جزء من الدماغ، وتصاب انسجة الدماغ بالضرر. إن أكثر الأسباب شيوعا هو انسداد وعاء من أوعية الدم، كما يمكن أن تنتج السكتة الدماغية بسبب مشاكل جسمية مثل الشلل، ومشاكل في التفكير أو النطق أو مشاكل عاطفية. وهناك مؤشرات بثولوجية ونفسية قبل وأثناء السكتة الدماغية لدى الفرد، وهي

- الضعف والتنميل في جانب واحد من الجسم.
- ارتباك مفاجئ أو صعوبة الفهم.
- صعوبة في التكلم.
- الدوار، وفقدان التوازن أو صعوبة المشي.
- صعوبة الرؤية بالعينين أو بواحدة.
- رؤية مزدوجة بالنظر.
- الصداع
- ألم رأس شديد
- فقدان الوعي
- فقدان الذاكرة
- التغيرات التدريجية في الشخصية والتعقل
- نقص القدرة على الفهم.



وغالبا ما يحدث فقدان للوعي عندما يكون النزيف شديدًا، وفي هذه الحالة قد لا يعود المصاب إلى الوعي مرة أخرى .ويموت أكثرُ من نصف الأشخاص الذين يصابون بفقدان الوعي بهذه الصورة خلال ساعات أو أيام قليلة . غالبًا ما يصاب الأشخاص الذين يستعيدون وعيهم بنوع من الشلل، والذي قد يكون حادًا. أما أنواع نزيف المخ البسيطة عادةً(تجلط الدم في الدماغ) فتكون أضرارها أقل في المخ وقد لا تسبب فقدان الوعي، وتشمل الأضرار مجرد علامات على إصابة الجهاز العصبي مثل الشلل أو إعاقة الحركة، ودائماً ما تكون أسوأ حالات ذلك تقريبًا بعد الإصابة بالسكتة الدماغية مباشرةً، ولكن هذه الحالة تتحسن لتأخذ شكل (تورم في نسيج المخ) أو حول المنطقة التي تعرضت للإصابة وتم شفاؤها. ويعوق هذا الورم عمل الأعصاب بشكل مؤقت، ثم يقل ويتم استرداد وظيفة الأعصاب مرةً أخرى. **(American Diabetes Association , 2004)** و (NHS Direct 2005)

زهري الدماغ Syphilis :



وهو مرض تناسلي فايروسي ينتقل عن طريق الجماع الجنسي أو الملامسة مع المصاب، ويمر بعدة مراحل تظهر في فترات متباينة من حياة الإنسان (عكاشة، 1984) إن هذا المرض قد يصيب المادة الحشوية لتراكيب الدماغ أو قد يصيب الحبل الشوكي وينتقل إلى الدماغ (الدباغ، 1983) وعندما يُصابُ الفرد بزهري الدماغ تظهر مجموعة من الأعراض ومنها حدوث تغيرات جوهرية في طباعه وأسلوبه في الحياة، إذ يكون الشخص في المرحلة الأولى من ظهور الاضطراب غير قادرٍ على الفهم والإدراك السليم، حتى أن الأسئلة البسيطة ينبغي أن تعاد له مرة تلو الأخرى، وإذا كلف بأداء أعمال بسيطة فإنه يعجز عن القيام بها. كذلك يفقد المصاب كل المشاعر المتعلقة بالجمال وتقدير الأشياء، ويضيف طبيب وعالم النفس "كامبل" ((ان الخصائص الجوهرية للمصاب بزهري الدماغ في المرحلة الأولى منه هو فقدان القدرة على الاستجابة التي تميز الفرد ككيان اجتماعي. وتتضمن القدرة على الاستجابة والتجاوب مع المعايير الخلقية والذهنية والاجتماعية. فيصبح الفرد عاجزا عن الحكم والتقدير وبذل النشاط العقلي ومواجهة المواقف الاجتماعية)) وفي المراحل المتقدمة من استفحال الاضطراب فإن ذاكرة المريض تُصاب بالعطب والتوقف كلياً وليس فقط بالنسبة للأحداث الجارية بل يصبح عاجزا عن القيام بالعمليات الحسابية البسيطة. ويصاحب الاضطراب أيضاً مجموعة من الهلوسات والتصرفات الشاذة مثل التغيرات الانفعالية التي يبدو المصاب فيها كئيبا حزينا يائسا ثم يتطور هذا الخمول إلى نوع من مظاهر الهذاء الغريب الذي يدل على الزهو والعظمة، إذ يتحدث عن ملايين الأعمال العظيمة التي قام بها ! (فهمي، د.ت)

اضطراب الذهان الكحولي alcohol psychotic disorder :



يظهر هذا الاضطراب نتيجة استمرار المدمن في تعاطي الكحول والمخدرات والمهلوسات، إذ إن المواد ذات التأثير النفسي تؤدي إلى تلف الدماغ وضرره، مما يظهرُ مجموعة من الأعراض الذهانية مثل التدهور العقلي، والهلاوس السمعية والبصرية والحسية، والاكتئاب، ونوبات ذهانية (رجيعة، 2009) وإن ذلك يحدث نتيجة تدخل المواد المخدرة عبر الدورة الدموية واختراق حاجز الدماغ ودخول مناطقه المختلفة مما تؤثر في المراكز الحسية ومراكز المتعة والألم ومناطق إنتاج الأفيونيات الداخلية، ومركز الذاكرة، والتوازن، والتناسق الحركي للجسم، ومناطق تنظيم درجة حرارة الجسم، وتنظيم الحالة النفسية، والمناطق المسؤولة عن إنتاج الهرمونات وغيرها، وكذلك دلت الدراسات التي أجريت على أنواع المخدرات المختلفة :انها تؤثر على الشحنات الكهربائية وإفرازات المواد الكيميائية بالمخ، وهرمونات الغدة النخامية التي تتحكم في سائر الغدد، فتعمل على تغيير معدلات الموصلات أو الناقلات العصبية Neurotransmitters. ونتيجة تأثير الكحول والمخدرات على مناطق المخ المختلفة وعلى الموصلات العصبية تحدث اضطرابات ذهنية شديدة، كما يؤدي ذلك إلى اضطراب في الإدراك يؤدي إلى عدم القدرة على تقدير الزمان والمكان والمسافات، وتحدث تغيرات سلوكية ونفسية فيصاب المتعاطي بالاكتئاب، والقلق، والفصام، وجنون العظمة، واضطراب النوم، والذهان، والخوف، والتخيلات .كما يؤدي التعاطي إلى حدوث اضطرابات الحواس مثل حاستي السمع والإبصار، وحاسة اللمس والألم، والشم، والتذوق، والجوع، والعطش، وغيرها .وقد يرى المتعاطي صورًا ليس لها وجود أو يستمع إلى أصوات غير موجودة

خاصة مع عقاقير الهلوسة .(كما يحدث تشويش في الذاكرة فيحدث خلط للأحداث القريبة مع أحداث الماضي والمستقبل والحاضر، مع تدني القدرة على التركيز والاستيعاب والتذكر، كما يحدث تقلب الانفعالات، وسرعة وتقلب الانفعال (زكي، 2005)

ويقسم الذهان الكحولي على عدة أنواع، ومنها :

1. الهذيان الارتعاشي Delirium Tremens : وهو أكثر أنواع ذهان الكحول شيوعا، وسببه الرئيس اضطراب تمثيل الكربوهيدرات في المخ من نقص فيتامين ب المركب وتأثير ذلك على الخلايا العصبية، ويحدث هذا الاضطراب بعد التوقف المفاجئ عن شمر الخمور. وأهمّ الأعراض الانذارية لهذا الذهان القلق، والكوابيس، والفزع، والعرق الغزير، والشعور بالعدوان، وأحيانا الهلاوس البصرية، وغالبا ما يسبق الهذيان نوبة صرعيه كبرى، في حين عند الإصابة بهذا الاضطراب يظهر لدى المريض مجموعة من الأعراض مثل : رعشة مستمرة في اليدين وقد تمتد أحيانا إلى الرأس واللسان والجسم، وتشوش في الوعي مع فقدان الاستبصار والتعرف، والتوتر وكثرة الحركة، واحتمال الوقوع على الأرض والإصابة بالأذى والكسور، وغالبا ما يفقد المريض الذاكرة لكل هذه الأحداث بعد شفاءه ولكن قد يتذكر بعض المرضى تفاصيل قليلة عن هذيانه، ومن أعراض هذا الاضطراب أيضا ارتفاع درجة الحرارة، وتغزر العرق، وجفاف الشفاه، ويكتسي اللسان بطبقة بيضاء ويقل البول (عكاشة، 1984).

2. ذهان كورساكوف Korsakoff Psychosis: يعد هذا الذهان من أشهر الاضطرابات العقلية المرتبطة بالادمان الكحولي، ويأتي على رأس قائمة أعراض اختلال الذاكرة ولاسيما ذاكرة الوقائع الحديثة، واختلال الإحساس بالزمن، وقد يصحب ذلك حدوث تغيرات في

الشخصية نحو تبلد الشعور وفقدان المبادرة والإهمال الشديد لمقتضيات الهندام والنظافة .ويضيف بعض الباحثين مجموعة من الأعراض تظهر في نسبة لا بأس بها من مرضى كورساكوف، منها تزييف الذاكرة (أي بتصور وقوع وقائع لم تحدث أصلا) ومنها فقدان حب الاستطلاع سواء بالنسبة للحاضر والماضي والمستقبل، ومنها كذلك النوبات الاندفاعية في الغضب أو السرور التي لا تلبث أن تتلاشى باختفاء المثير (سويف، 1996).

3.العته الكحولي alcoholic dementia: يتميز مرضى العته الكحولي بعدد من الصفات، أولها أن الأعراض تبدأ بالتدريج ولا تأخذ شكل التهور المفاجئ مثلما يحدث في مرضى كورساكوف، ويغلب عليهم أن يكونوا من النساء كما أن تاريخهم في الإدمان الكحولي أطول من تاريخ مرضى كورساكوف، هذا بالإضافة إلى نسبة الشفاء بينهم أعلى منها بين هؤلاء الآخرين شريطة استمرار إقلاعهم عن الشرب . إن أهم ما يميزهم في الاختبارات النفسية أنهم يحصلون على درجات منخفضة في جميع الاختبارات الفرعية اللفظية والعملية لاختبار الذكاء المعروف باسم اختبار "وكسلر " لذكاء الراشدين في حين أن مرضى كورساكوف يحصلون على درجات منخفضة في الاختبارات الفرعية العملية فقط أما الاختبارات اللفظية فغالبًا ما يحصلون على درجات مرتفعة، وقد حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثلاثة شروط رئيسية لتحديد المصاب بهذا الاضطراب وهي:

- تدهور عقلي واضح يعمَّ معظم الوظائف العقلية بحيث يعوق قدرة الشخص على أداء مهامه الاجتماعية والمهنية.
- استمرار هذا التدهور رغم انقضاء ثلاثة أسابيع أو أكثر على توقف الشخص عن الشرب.

-عدم وجود أي عوامل أخرى غير الإفراط في شرب الكحوليات (من مسببات العته). وبناءً على هذه المحكات فإن المصاب بالعته الكحولي يكشف عن اصابته على جميع المقاييس النفسية العصبية لما يعانيه من اختلال في عمليات التعلم، والتذكر، وحل المشكلات، والتآزر الحركي البصري والمهارات التركيبية (رجيعة، 2009).

4. ذهان فيرنيك Wernicke's Encephalopathy : إن نتيجة الإدمان تُعرِّضُ خلايا الدماغ في القسم السفلي منه وقرب نوى الأعصاب القحفية الى الضمور والموت نتيجة لنقص فيتامين ب 1 أو نتيجة النقص الغذائي في مدمني الخمر وغيره من الامراض التمثيلية ؛ لذا يحدث هذا الذهان نتيجة نزيف شعيري دقيق في جذع الدماغ وتحت المهاد، وبذلك تحدث تغيرات عصبية وعقلية هي:

- تشوش الوعي، وارتباك في الانتباه والتركيز، وهلاوس، وفقد الذاكرة الحديثة.
- التهاب الأعصاب المحيطة نتيجة نقص فيتامين ب 1.
- اضطراب في التوازن.
- ضعف أو شلل عضلات العين الخارجية (الدباغ، 1983).

5. ذهان البلاجرا Pellagra : وهو تغير ذهني يحدث نتيجة نقص فيتامين "النيكوتين أمايد" ومن أعراضه الكآبة وضعف التركيز و واضطراب الذاكرة والتركيز مع إسهال أو قيء والتهابات جلدية وحساسية وحكة (الدباغ، 1983).

ذهان النفاس Puerperal Psychosis :

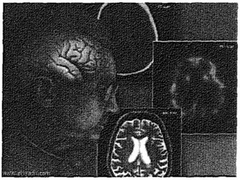


وهو اضطراب ذهاني يحدثُ مرةً في كل 500 ولادة، و يرتبطُ حدوثه قبل وأثناء وبعد الولادة. وعادةً يظهر في الاسبوع الاول والثاني بعد الولادة، ونادرا قد يظهر في اول يومين من بعد الولادة (عطية، 2011) ويحدث هذا الاضطراب نتيجة التغيرات الهرمونية الجسدية التي قد تؤدي إلى الاضطراب، وصعوبة الولادة، وفشل الزواج، وفائض العمل بعد الولادة كرعاية الطفل؛ لذا فإن الولادة حدثٌ له تأثير عاطفيّ بالغ وهذا النوع من الأحداث قد يولّد الاكتئاب، فضلاً عن ذلك تفقد الأم استقلاليتها وتتغيّر العلاقة بين الأم والأب .إضافة إلى بعض العوامل الثقافية ففي بعض المجتمعات تكون ولادة الفتاة مخيّبة للأمل (باتل، 2008) ومن أعراض ذهان النفاس والحمل أنه يبدأ بشكل اضطراب بسيط من الحساسية وسرعة البكاء لأتفه الأسباب، والخمول الذهني. هذه المؤشرات بسيطة تحدث في حوالي ثلث الحالات، أما الأعراض الحقيقية لذهان النفاس فهي :

- أعراض كآبة ذهانية تتمثل بالشعور بالسوداوية والحزن الشديد وقد تحدث محاولات انتحارية جادة، كما تحمل المصابات أفكارا ذات أوهام مرضية بأن المولود عنده تشوهات خلقية أو أنه غير مكتمل، وتلك الأوهام المرضية الخاطئة قد تؤدي إلى أن تقوم الأم المريضة بقتل طفلها ظنا منها أنها تقوم بحمايته من معاناة المستقبل، وتظهر الأعراض الاكتئابية في 40٪ من المصابات (عطية، 2011)
- أعراض فصامية، وتتمثل بتشويش التفكير، واضطراب الانفعالات، والهلاوس، وفقدان الصلة بالواقع، والتفكير بأمور غريبة، وهذه تحدث في حوالي 11٪ من الحالات.

- أعراض هستيرية أو حصرية – قهرية، مع قلق شديد وخوف وهذه تحدث في حوالي 20٪ من الحالات (باتل، 2008) ، (الدباغ، 1983).

مرض الزهايمر Alzheimer :



يُعدُّ مرض الزهايمر (Alzheimer's أو AD)، والذي يسبب الخرف الشيخوخي (SDAT) وهو مرض مستعصي وانحلالي ويشكل أكثر الأمراض شيوعا عند الشيخوخة. وسمي المرض تيمنا بالطبيب النفسي والعصبي الألماني "ألويس ألزهايمر" الذي وصفه وشخصه في عام 1906، وعموما فانه يصيب الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، وعلى الرغم من إمكانية ظهور بوادره في سن أقل ففي عام 2006 أصيب 26.6 مليون شخص بألزهايمر على مستوى العالم، وهذا العدد يمكن أن يكون أربعة أمثال بحلول 2050 *(Mölsä , 1995)* وتكون الأعراض الأولى في بداية ظهور المرض هي التفكير الخاطئ والتي تكون متعلقة بالسن، أو مظاهر الإجهاد. وفي المراحل الأولى من المرض، تكون أكثر الأعراض شيوعا التي يمكن التعرف عليها هي فقدان الذاكرة، مثل صعوبة تذكر الحقائق التي تعلمها المريض حديثا. وعندما يلاحظ ويشك الطبيب أو النفساني في وجود مرض الزهايمر، فإنه يؤكد هذا التشخيص عن طريق التقييم السلوكي والتجارب الإدراكية، وعادة ما يعقبها فحص المخ بالأشعة المقطعية إذا كان متاحاً. وبتطور المرض تشتمل الأعراض على التشويش، والهياج، والعدوانية، والتقلبات المزاجية، وانهيار اللغة، وفقد الذاكرة على المدى الطويل، وقلة الاحساس بالآلام نتيجة لقلة حواسهم، وتدريجياً تفقد وظائف الجسم، مما يؤدى في النهاية إلى الوفاة. ومن الصعب تقدير التكهن الفردي نظراً لاختلاف مدة المرض، ويتطور مرض الزهايمر لمدة غير محددة من

الزمن قبل أن يصبح ظاهر تماماً ويمكن له أن ينمو بدون تشخيص لسنوات، ويُعدُّ متوسط الحياة المتوقعة بعد التشخيص ما يقرب من سبع سنوات، ويعيش المصاب بحوالي أقل من 3٪ أكثر من 14 سنة بعد التشخيص(Scarmeas et.al , 2006) .

متلازمة النساوة العضوية Organic Amnesic Syndrome

وهو خلل الذاكرة القريبة والبعيدة، ولا يبدو فيها المريض واعيا ولا مهتما باضطراب ذاكرته بل يلجأ إلى تلفيق الأحداث، وهذا الاضطراب لا يصاحب مرض الزهايمر او تشوش الوعي. وتنجم هذه المتلازمة عن أذية دماغية تصيب الفص الصدغي، الهيبوكامبوس hippocampus، والقبو fornex، والأجسام الحلمية mamillary bodies، وتشخص أعراض هذا الاضطراب من خلال : اضطراب الذاكرة الذي يظهر في اضطراب حفظ المعلومات الجديدة بصورة تعيق الحياة اليومية. وضعف تذكر التجارب السابقة (العسالي، 2001)

الفصل الحادي عشر
اضطرابات الشخصية



11

الفصل الحادي عشر

اضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية Personality disorders

حالة مرضية

يشكو ابنى الوحيد البالغ من العمر 19 عاماً من حالة تقلب مزاجية وشعوره بتناقض داخلى وأحياناً بتبلد فى المشاعر. ومن سمات شخصيته :

- ضعيف البنية، لا يحب معظم أنواع الأطعمة، ويركز فى طعامه على السكريات والنشويات واللبن ويمكن أن يأكل بعض أنواع البروتينات، ولكن يمكن القول أنه لا يأكل الفاكهة والخضروات إلا فيما ندر.
- يعانى من حساسية صدرية موسمية فى شهر مايو، كما أنه يعانى من انحناء فى عموده الفقرى (غير ظاهر) وضعف فى الأربطة أو العضلات بوجه عام.
- لا يمارس الرياضة إلا لعب كرة القدم أحياناً مع أصدقائه، ويرفض أى محاولات منا لتشجيعه على ممارسة الرياضة، وهو صغير كان يمارس السباحة لعدة سنوات متوالية، ويتدرب على لعبة كرة القدم.
- ذكى ومتفوق فى دراسته إلى حد كبير، ولكنه يستذكر دروسه فى آخر لحظة وبأقل مجهود ممكن، وهو راضى بمستواه.
- معروف بين أصدقائه بالعصبية، وينفعل عليهم وقد يعاملهم بقسوة وسليط اللسان معهم لكنه محبوب جداً بينهم رغم ذلك، ثم بدأ هذا

الأمر يحدث معنا فى البيت وخاصة معى، أصبح يعاملنى بقسوة شديدة وكأننى من أعدائه ويتحدث معى بطريقة لا تليق بالحديث مع الأم، ودائما يتوقع سوء النية فى كلامى له. وأصبح يطلب منى بلا مواربة أن تتحدد علاقتنا فى أضيق الحدود. ولا أدرى ما السبب؟؟ هل لأننى كنت دائما الحازمة معه والآمرة الناهية، فقلما يتدخل والده فى أمره ونهيه. وعلى النقيض يمكن أن يكون مثل البلسم فى كلامه معنا ولا أريد أن اتهمه بأنه يكون كذلك عندما يرغب فى الحصول على شئ منا.

- مجادل لأقصى حد فى كل شئ، كثير وشديد السخط على كل شئ يحدث فى البلد أو أى تصرف غير منطقى يحدث من أحد الأفراد.. وينفعل بشدة بصورة لا تتناسب والحدث، يرى دائماً عيوب الآخرين، ويعتبر أن أجمل فترة فى حياته هما السنتان اللتان قضاهما فى بلد أجنبى وكان عمره آنذاك خمس سنوات.
- يشعر عند احتكاكه بالمجتمع فى الحياة اليومية (بائعين- سائقى تاكسيات- ....) أنه غير معتبر لأنه يبدو صغير السن وكل هذه الفئات لا تعامل صغار السن باحترام.
- يقلب ليله نهاره فى معظم الأيام حتى أثناء الدراسة، ويقول أنه لا يستطيع المذاكرة إلا فى هذا الوقت، وأنه يجب أن يذهب إلى الامتحان مستيقظاً والا سيكون كسولاً وفاقد التركيز، وأيضاً لا يستطيع المذاكرة إلا وصوت موسيقى الميتال يصدح فى حجرته.
- لديه حركة عصبية متكررة منذ الصغر وهى ازاحة الجلد الموجود حول ظفر الإبهام بأصابعه الأخرى، حتى شوه إصبعى الإبهام لديه تشوهاً فظيعاً (ياسين، 2011).

الوصفوالتعريف



تصنف هذه الحالة بأنه أحد أنـوع اضـطرابات الشخصـية (الشخصـية الحديـة) وبصـورة عامـةتعرف اضـطرابات الشخصـية : بأنها حالات تتضمن أنماط سلوكية عميقـة الجـذور ومسـتمرة، تُظهـر نفسـها كاسـتجابات وطيـدة وثابتـة لطيـف واسـع مـن المواقـف الشخصـية والاجتماعية، وتمثل انحرافات متطرفةأو هامة عن الطريقة التي يدرك ويفكر ويشعر بها الشخص عن متوسط ثقافة بعينها مع التركيز على علاقته بالآخرين) (1999 , CDI وكذلك تعرف بأنها اضطراب في التركيب الشخصي الأساس لدى الناس، وهو بمثابة طريقة عمل طبيعية لدى المصابين في التعامل والتصرف مع الآخرين وفي الحياة (Hewstone et.al , 2005).

تميل السلوكيات في اضطرابات الشخصية إلى الثبات، وإلى أن تتضمن مجالات متعددة من السلوك والأداء النفسي، وتكون في غالب الأحوال وليس دائما مصحوبة بدرجات متباينة من الضيق النفسي الشخصي، ومشكلات في الأداء والوظيفة الاجتماعية .(1999 , CDI)فضلا عن ذلك فإن اضطرابات الشخصية هذه تكون غير مرنة، وواسعة الانتشار عبر العديد من الحالات. وبصراحة إن جزءا كبيرا من الحقيقة : أن مثل هذا السلوك هو ناجم عن صحة وسلامة(أنا) الفرد المسؤول عن الإدراك السليم ؛ لذا فإن اضطراب الأنا يمكن أن يؤدي إلى مهارات في مواجهة الضغوط والأزمات بصورة غير متوافقة، ما يؤدي إلى العديد من المشكلات الشخصية الخاصة التي تتضمن القلق المفرط، والضغوط والكآبة (Kernberg , 1984).

إن اضطرابات الشخصية جميعها لها عدد من الأشياء المشتركة التي تكون على الشكل الآتي :

- ذات مدى بعيدlongstanding: بمعنى أنها تبدأ في عمر مبكر نسبيا.
- اضطراب مزمن chronic : أي أنها تستمر بمرور الوقت.
- واسع الانتشار pervasive : أي أنها تظهر في السياقات والبيئات المختلفة.

وتتميز مشاعر وأفكار وتصرفات المصابين باضطرابات الشخصية بالآتي :

- التصلب (الصلابة) inflexible : فهم يقاومون التغيير ويطبقون أفكارهم والقوانين والمبادئ التي يؤمنون بها بشكل متصلب.
- سوء التكيف maladaptive : يتميز المصابون به بأن ليس لديهم آمال أوتطلعات و لا يرغبون في تحقيقها.
- لا يدرك الناس المصابون باضطراب الشخصية عادة أنهم مصابين بهذا النوع من الاضطراب ويختبرون أنفسهم بشكل طبيعي، وغالبا ما يشعرون أن الناس الذين يتفاعلون معهم، هم الذين لديهم مشاكل معهم (Hewstone et.al , 2005).

تصنيف اضطرابات الشخصية



ومن السمات الرئيسة لاضطرابات الشخصية كما وصفتها جمعية الطب النفسي الامريكية(APA, 1994) ما يأتي :

1. التجمع **Cluster A**: وهو تجمع شاذ وغريب، وتصنف فيه اضطرابات الشخصية إلى :

- زوراني Paranoid (شبه هذائي) :

ويتميز المصاب به بالشك، والريبة، والعدائية تجاه الآخرين.

- فصامي Schizoid : ويتميز المصاب به بالانقطاع والانغلاق الانفعالي والبين شخصي، وعدم الاستجابة للآخرين، والانعزال.
- فصامي النوع Schizotypal : ويتميز المصاب به بالسلوكيات والأفكار والخبرات الشاذة، وسوء الوظيفة الشخصية.

2. تجمع B : وهو تجمع دراماتيكي (تمثيلي) dramatic وصاحبه غريب الأطوار erratic، ويتميز بالاتي :

- شبه الهستيري Histrionic: ويتميز المصاب به بالسلوك التمثيلي، والرغبة في الاهتمام، والضحالة الانفعالية.
- النرجسي Narcissistic : ويتميز المصاب به بتضخم الإحساس في أهمية الذات واللقب، ومستوى واطئ من التعاطف، وإخفاء الضعف.
- المضاد للمجتمع Antisocial : وتتميز سلوكياته بتجاهل القوانين والمعايير وحقوق الآخرين، والافتقار إلى التعاطف.
- الحدي Borderline : ويتميز المصاب به بعدم الاستقرار في الأفكار والمشاعر والسلوكيات والإحساس بالذات.

3. التجمع C : تجمع الخوف والتجنب، ويتميز بالآتي :

- الوسواسي القهري Obsessive-compulsive : ويتميز المصاب به بالتصلب، والضبط، والكمال.
- التجنبي Avoidant : ويتميز المصاب به بالخوف من التقييم السلبي، و الرفض، والهجر.
- الاعتمادي- الخاضع submissive – Dependent : ويتميز المصاب به باعتماده على الآخرين بالنسبة إلى تقدير الذات، وترك المخاوف.

وترى الجمعية الأمريكية لعلم النفس أن هذا التنظيم يضع اضطرابات الشخصية في تجمعات، فيعتقد أن هذه التجمعات تعكس السمات المشتركة للاضطرابات الشخصية على الرغم من أن كل تجمع لاضطرابات الشخصية يقوم بإظهار جميع سماته وخصائصهإلا أن هذه التجمعات مرتبة بحسب المستوى العالي لمعدل انتشار الاضطرابات بين التجمعات، ويتشابه كل من اضطراب الشخصية الحدية، والمضادة للمجتمع لذا يطلق عليهما بالسيكوباث psychopathy، هذا الاضطراب مثير لاهتمام الآخرين، لان الشخص السيكوباثي شخص سلبي، ويتميز بالعنف والانتحار (APA, 1994).

بعض أنواع اضطرابات الشخصية

1. اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانوية) (Paranoid Personality Disorder)

يتميز هذا الاضطراب بالشك غير المنطقي، وعدم الثقة بالناس، بوجه عام. ولا يعترف المبتلَي بمسؤوليته عن مشاعره، بل يعد الآخرين مسؤولين عنها؛ فأفعال الناس محقرة له أو مهددة. ويتوهم المضطرب غالباً أنه مضطهد، أو أنه يؤذى من الآخرين، بطريقة ما. وكثيراً ما يتشكك، من دون منطق، في ولاء أصدقائه أو ثقته بهم. ويستشعر غالباً بغيرة مرَضية، إذ يدعي، من دون مبرر، خيانة شريك حياته؛ وتفجر المواقف الجديدة شعوره بالاحتقار والتهديد. ويسهل استفزازه، فيندفع في شجارات، لا داعي لها. وقد يحمل الكراهية، لوقت طويل، ولا ينسى الإساءة. ويتردد في أن يثق بالآخرين، خشية أن تستعمل المعلومات (التي يدلي بها) ضده. والمصابون بهذا الاضطراب محترسون، عادة، إلى درجة زائدة. ويأخذون حذرهم ضد أي تهديد، ويتجنّبون اللوم، حتى عندما يكون لسبب منطقي. وينظر إليهم الآخرون على أنهم حذِرون، كتم غير مبادرين، ومدقّقون. وعندما يوجد صاحب اضطراب الشخصية البارانوية، في موقع جديد، فإنه يسعى، بشدة، لتأكيد توقعاته، من دون فهْم الإطار العام. واستنتاجه النهائي، عادة، يحسم ما

توقعه، أول الأمر. وتكون لديه، غالباً، أفكار إشارية عابرة، مثل أن الآخرين يلحظونه، بشكل خاص، أو يقولون عنه أشياء غير سارّة. لذا تتضمن الأعراض المصاحبة لاضطراب الشخصية الاضطهادية بسرعة الاستثارة، وتعقيد الأمور. فالمصاب بهذا الاضطراب، يضخم الأمور الصغيرة، ويميل إلى الشجار عند أي تهديد، وينتقد الآخرين، ويحيل الأمور، غالباً، إلى المحاكم؛ بينما لا يتقبّل انتقادهم إياه. وفاعلية صاحب الشخصية البارانوية محدودة، وقد يظهر (بارداً) تجاه الآخرين. وليس لديه إحساس حقيقي بالفكاهة. وقد يفخر بأنه دائماً موضوعي ومنطقي، وأنه غير انفعالي. وتنقصه الرقة، والمشاعر الطيبة، والرأفة (عبد العزيز، 2012).

2. الشخصية الشيزية - الفصامية :

الشخصية الشيزية هي مختصر لكلمة شيزوفرينيا اي الفصام ، ولكن ليست بكل حال مصابة باضطراب الفصام. ان خصائص الشخصية الشيزية "الفصامية " تشبه الى حد كبير نمط الشخصية الانطوائية مع الفارق في وجود المظاهر العاطفية المتمثلة في الحساسية الزائدة وسرعة في الحساسية العاطفية. ومن السمات التي يتصف بها صاحب الشخصية الشيزية بأنه حساس، وعنيد، وشكاك ، وكتوم، فضلا عن انه قليل الرغبة في اقامة صلات اجتماعية او صداقات واسعة ، ويبتعد دائماً عن المشاركة الجماعية وفي ممارسة الالعاب الجماعية ايضاً ويحاول ان يفضل الكتاب على الناس ،وكثيراً ما وصف الاهل صاحب الشخصية الشيزية في طفولته بأنه كان اشبه بالملاك، وهادئ ، وغريب الاطوار حتى انه يشعر بغموض وصعوبة في التعبير عن افكاره ويظهر ذلك من خلال ما يلي :

- سريع الافكار المتطايرة مع ضعف في الترابط بينها.
- لا يستطيع ربط الافكار بعضها البعض.
- يجد احياناً صعوبة في ايجاد المعنى المناسب بسهولة للفكرة او الكلمة.

- قلما يستطيع التركيز على المعنى المطلوب.
- يمـزج الواقـع بالخيـال وتخـتلط لديـه الاحـداث اليوميـة الحقيقـة مـع الخيالية.
- لا يعرف ما يريد في اغلب الاحيان.

فضلا عن ذلك لدى صاحب الشخصية الشيزية ميل حاد نحو الدراسات الغيبيـة، ولـه ولـع بهـا كـذلك اهتمامـه الكـبير بالفلسـفة والـدين وعلـم الـنفس واللاهوت واذا ما اتيحت له فرصة العمل السياسي فانه ينتمي للاحزاب السياسية النـادرة المتعصبة والـتي ترضـي فيـه عـدم القـدرة علـى الالتـزام بمعنـى محـدد. انـه كثيراً مـا يشـكو صـعوبة التركيـز وعـدم القـدرة علـى فهـم الموضـوعات المتعلقـة بالتفصيلات التافهـة مـع ضـعف واضـح في قدرتـه علـى اتخـاذ القـرارات (الأمـارة، 2005).

3. الشخصية النرجسية

يعرف اضطراب الشخصية النرجسية في الدليل التشخيصي الرابع طراز ثابت من العظمة (في الخيال والسلوك) والحاجة إلى التقدير والافتقار إلى القدرة على التفهم العاطفي، و يبدأ هذا الاضطراب في فترة مبكرة من البلوغ، ويظهـر في مختلف المواقف والسياقات البيئية، كما يستدل عليه بخمسة أو أكثر من المظاهر الآتية :

- لديه شعور عظمة بأهمية الذات، مثال :يبالغ في الإنجازات والمواهب ويتوقع أن يعترف به كمتفوق دون أن يحقق إنجازات متكافئة.
- مستغرق في خيالات النجاح اللامحدود أو القوة أو التألق أو الجمال أو الحب المثالي.
- يعتقد أنه متميز وفريد ويمكن فهمه أو يجب أن يصاحب فقط فهمه من قبل أناس متميزين أو من طبقة عليا، أو من قبل مؤسسات خاصة.

- لديه تقديراً مفرطاً للذات.
- لديه شعور بالصدارة، أي التوقعات غير المعقولة في معاملة تفضيلية خاصة، أو الامتثال التلقائي لتوقعاته.
- استغلالي في علاقاته الشخصية، أي يستغل الآخرين لتحقيق مآربه.
- يفتقر إلى القدرة على التفهم العاطفي؛ يرفض الاعتراف بمشاعر وحاجات الآخرين.
- غالباً ما يكون حسوداً للآخرين، أو يعتبر أن الآخرين يكنون له مشاعر الحسد.
- يبدي سلوكيات أو مواقف متعجرفة متعالية(جودة، 2012).

4. اضطراب الشخصية المتجنّبة

تتميز الشخصية المتجنبة بنمط متعمق، من عدم الراحة الاجتماعية، والخوف من التقييم السلبي، والخجل. وعلى الرغم من أن أغلب الناس ينشغلون بكيفية تقدير الآخرين لهم؛ فأن المصابين بهذا الاضطراب، يؤلمهم النقد، ويحطم معنوياتهم، ولا يرتبطون بعلاقات، إلا بعد ضمان القبول وعدم النقد. لذا ليس لدى اصحاب الشخصية المتجنبة أصدقاء مقرّبون، عدا أقاربهم من الدرجة الأولى. ويتجنّبون العمل، الذي يستدعي علاقات اجتماعية. ويتوترون في المواقف الاجتماعية، خوفاً من قول شيء غير ملائم، أو غبي، أو عدم القدرة على الإجابة عن سؤال؛ وينمّ الخوف من الموقف الاجتماعي، احمرار الوجه، أو البكاء، أو علامات الخوف أمام الآخرين. ويولّد الخوف والجبن مقاومة، لفعل أي شيء، يشذ عن رتوب المعتاد. فقد يلغي المضطرب، مثلاً، رحلة مهمة، بسبب احتمال ضعيف لسقوط أمطار، تجعل قيادة السيارة خطرة.ويختلف صاحب الشخصية المتجنّبة عن صاحب الشخصية شبه الفصامية، في أنه توّاق إلى علاقات اجتماعية، وإلى الحب والقبول. ومعاناته سببها نقص قدرته على الارتباط بالآخرين بسهواة. لذلك

يشعر اصحاب هذه الشخصية بالاكتئاب والقلق والغضب، لفشله في العلاقات الاجتماعية، مع رهابات خاصة أحياناً (عبد العزيز، 2012)

5. الشخصية الزورية :

جاءت تسمية هذه الشخصية بالاضطهادية لأنها دائما ما تشعر بانها مضطهده ومقهوره او انها مظلومة او وقع عليها حيف ولم يسعفها قانون او عدالة او انها حرمت من حق لها في الحياة وما الى ذلك من معتقدات قد تثير في داخلها العدوانية ، لذا تتصف هذه شخصية بالحساسية المفرطة تجاه أي فشل او احباط في الحياة، وفي العلاقات العامة بحيث تتجه افكار الشخص نحو تغيرات مبالغ فيها تعتمد على صيغة الاضطهاد والاهانة والظلم لكل ما يحدث له من وقائع اعتيادية، فيبدو الاصدقاء والاهل والناس العاديون مناوئين او كائدين او متأمرين وربما اعداء ظالمين معتدين على حياته وشؤونه، او ناكرين حقوقه، ومفسدين سعادته وراحته، وهذه الشكوك التي تسيطر على تفكير ومواقف سلوك الشخص غالبا ماتكون اوهاما. لذا تكون هذه الشخصية مرتبكة ويهيمن عليها التوتر والاندفاع، فضلا عن عدم الثقة والشك المتواصل بالناس والنزعة الى تفسير الافعال التي يقوم بها الاخرون بانها افعال عدوانية وانها تحط من قدره وامكاناته، نتيجة لذلك تنعدم لدى الشخصية الزورية التجنبية الثقة التامة وتشك بالجميع وتكون حقودة او حسودة وتضمر الضغينة (الكناني، 2004).

6. الشخصية الوسواسية القهرية :

أول ما ظهر اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية كان في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM – III)، ولكن يمكن العثور على أوصاف مشابهة لذلك في الأدبيات السريرية، ومن العبارات التي تم استعمالها لتسمية هذه الشخصية هي : الشخصية المتزمتة،

والشخصية الحصرية. وعلى العموم يتصف الاشخاص في هذا النمط من الشخصية بأنهميتجنبون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وذلك بسبب انشغالهم بالإنتاجية في العمل الذي لا تبرره ضرورة اقتصادية واضحة، وكذلك أن هؤلاء الأفراد يتصفون بالصلابة والتعنت، ويصرون بشكل لا معقول على جعل الآخرين يخضعون بالضبط لطريقته في القيام بالأشياء، أو كرههم غير المبرر غير العقلاني في السماح للآخرين بالقيام بالأشياء. ونظراً لأن الأفراد أصحاب هذه الشخصية يكونون مشغولي البال بإتمام المهام على النحو الأمثل، ويكونون دائمي التفكير بشكل الكمال الذي يسعون إلى الوصول إليه، فإنهم يميلون إلى أن يكونوا شكوكين، ولديهم اتقاد في الوعي والضمير في أمور تتعلق بالأخلاق أو القيم بشكل لا تبرره التوجهات الدينية أو الثقافية . وعادة ما نجد الاشخاص في هذا النمط يعارضون القيام بمخاطرات شخصية، ويفضلون المألوف على غير المألوف.كما أن أسلوب الحياة الضيق يمكن أن ينجم عن حاجتهم إلى الرقي والضبط في كل شيء، إذ من الممكن أن يقوم أصحاب هذه الشخصيات بإلغاء مقابلة عمل بسبب خوفه من عدم ارتداء الملابس على نحو مناسب والأعراض الجسدية الطفيفة أو غيرها من المشكلات التي يمكن أن تكون السبب في تجنب النشاطات الجديدة (خليل، 2006).

7. اضطراب الشخصية الهستيرية

تتميز هذه الشخصية بشدة الانفعالات، وجذب الانتباه. والمصاب بهذه الشخصية يبحث دائماً عن الطمأنة أو الموافقة أو الإعجاب من الآخرين. ولا يستريح في المواقف، التي لا يكون فيها محور الاهتمام. فضلا عن ذلك يتميز الشخص الهستيري بتقلب وجداني سريع، وعواطف سطحية، وسلوكه انفعالي أكثر من اللازم. ويعبّر بحدة عن انفعالاته وبطريقة غير ملائمة. وهو يركز حول نفسه، ولا يحتمل الإحباط من تأخر الإشباع، وأفعاله موجهة إلى الإشباع المباشر. كما ويتّسم أصحاب الشخصية الهستيرية بالجاذبية والإغواء. ويبدون لامعين

ومشغولين أكثر من اللازم بجاذبيتهم الجسمانية، وطريقتهم الكلامية، رغم ذلك فإن التعبير عن الكلام ينقصه التفاصيل (مثل من يصف رحلة بأنها كانت خيالية، من دون قدرته على أن يكون أكثر تحديداً). ويصاحبهم ميول التعبير عن المأسوية، وتضخيم الأحداث والعلاقات، واتخاذ دور الضحية، أحياناً، من دون الوعي بذلك، مع رغبة شديدة في الإثارة، والملل من رُتُوب الحياة (الروتينية). ويوصف المصابون ايضا بأنهم سطحيون، ومنطوون على أنفسهم، ويحتاجون، دائماً، إلى المساعدة والطمأنة، لشعورهم بالعجز والاعتمادية. وأفعالهم غير ثابتة، غالباً. وقد يسيء الآخرون فهْمهم. أما ما يخص علاقاتهم بالجنس الآخر، فإنهم يحاولون السيطرة عليه، أو تكوين علاقة اعتمادية معه. وكثيراً ما يكونون رومانسيين، وعلاقاتهم الجنسية متفاوتة. فبعضهم داعر وبعضهم ليس لديه خبرة جنسية، ولا يستجيب لها. وبعضهم يبدون أسوياء في سلوكهم الجنسي. ويظهرون من الناحية العقلية والمعرفية اهتماماً قليلاً بالإنجاز الذكائي، والتفكير التحليلي. رغم ذلك فإننا نجدهم خلّاقون، ولديهم قدرة على التخيل، ويتأثرون بالآخرين، وقابلون للإيحاء. ويظهرون استجابة، مبدئية موجبة، لأي شخص صاحب سلطة قوية، ويعتقدون أنه يمكن أن يقدّم الحلول السحرية لمشكلاتهم. وحكمهم على الأمور، ليس الجذور عميقة. ويتوجهون عادة طبقاً للتخمينات. ويشتكي اصحاب هذه الشخصية من ضعف الصحة، والأعراض الجسمانية، مع اختلال الإنية. وخلال فترات الضغط الشديد، قد تصيبهم أعراض ذهانية عابرة لا تكفي لتشخيص اضطراب ذهاني (عبد العزيز، 2012).

8. الشخصية المضادة للمجتمع :

دائما ما توصف هذه الشخصية بتضاد المجتمع لما يحدث من خروج على قوانين المجتمع وسوء التوفيق مع الأخرين، والاصطدام بالقوانين وهو ما يوصف أيضا بالسيكوباتية والتي تعرف لدي العامة بالبلطجة. وتتصف هذه الشخصية بوجود التوتر والقلق والكراهية وسرعة الغضب والاستثارة، والميل إلى الانحراف

والكذب وارتكاب المخالفات في الجرائم كالسرقة والمشاجرات والإدمان، والأعمال المنافية للعرف والقانون، وتكون الجذور والبداية عادة لظهور هذه الشخصية منذ الطفولة، وهؤلاء لا يبدون أي نوع من تأنيب الضمير، ولا ينزعجون لما يقومون به بل يظهرون دائما وكأنهم لديهم تبريرا لما يفعلونه من سلوكيات غير أخلاقية في نظر الأخريين، وليس المنحرفين إلا نوع من هذه الشخصية، فمنهم من يستغل قدراتهم الشخصية في تحقيق بعض الإنجازات من دون اعتبار للوسائل، ومنهم من يتجه إلى إيذاء الأخريين أو تدمير نفسه أيضا، ومنهم من يتزعم مجموعة من المنحرفين أو من يفضل أن يظل تابعا ينفذ ما يخطط له الأخرون، وغالبا ما نجد اصحاب هذه الشخصية في السجون حيث اثبت أن 75٪ ممن يرتكبون الجرائم المتكررة هم من حالات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع أو ما يطلق عليه الشخصية السيكوباتية (الشربيني، 1997)

9. الشخصية العاجزة

وهذه الشخصية من اقل الأنواع إذ أن لها من الصفات الطيبة والوديعة ما يخدع فى حقيقة اضطرابها، إلا أن فشل هذه الشخصية فى تحقيق أى نجاح حقيقى فى المجالات المختلفة التكيفية والتحصيلية والعملية هو الدليل على توقف نضجها عند المرحلة الاعتمادية، مثل هذا الشخص يميل إلى الدعة وعدم المحاولة، ، لذا يكون الشخص غير ناضج. إن هذا الاضطراب دال على توقف فى النضج ، ولا يعالج بالتأهيل مباشرة، بل لابد من الكسر المبدئى للنمط السائد، وإنشال التشريط التجميدى، ثم إعادة التأهيل مثل سائر أنواع هذه المجموعة (الرخاوي، 1979).

10. اضطراب الشخصية الحدّية

يتميز نمط هذه الشخصية بالنمط المتعمق، من عدم استقرار صورة الذات، والعلاقات بين الأشخاص والوجدان. ويُعَدّ المصابون به على الحافة، بين العصاب

والذهان. وأطلق عليه عدة أسماء (الفصام المتغير) و(الفصام العصابي الكاذب) (Pseudoneurotic Schizophrenia) و(الشخصية ذهانية السمات) و(الشخصية غير المستقرة عاطفياً). وتتميز هذه الشخصية باضطراب الهوية الثابت، وعدم التحديد في نواحي الحياة المختلفة، مثل صورة الشخص عن ذاته، وأهدافه البعيدة، واختيار العمل، ونوع الأصدقاء، والشريك الجنسي، والقِيم التي يتبناها. فضلا عن ذلك يشعر اصحاب هذه الشخصية بعدم الثبات لصورة الذات، واحساس مزمن بالفراغ، وعادة ما تكون علاقة صاحب الشخصية الحدّية بالآخرين، غير مستقرة، وحادة. وتتميز بتغيرات متطرفة، من المثالية الزائدة إلى الانحطاط القمي، مع عدم ثبات الانفعال، إذ يكون الغضب، أحياناً، غير ملائم للموقف. وغالباً ما يفقد الشخص سيطرته على نفسه، فيبدو كثير العراك والشجار، وهو مندفع في تصرفاته، خاصة في الأنشطة، التي تكون مدمرة للنفس، مثل الإدمان، وقيادة السيارة باستهتار، وسرقة المحلات. وكثيراً ما يهدد بالانتحار، ويشوه نفسه بهدف التلاعب بالآخرين. وعند ازدياد الضغط عليه، قد يصاب بخدر نفسي، أو اختلال الإنية (Depersonalization).ويصاحب اضطراب الشخصية الحدّية، ملامح من الاضطرابات الأخرى للشخصية، مثل فصامية النوع، والهستيرية، والنرجسية، والمضادّة للمجتمع. وخلال فترات الضغط الشديد، قد تحدث أعراض ذهانية عابرة، ولكنها غير كافية الشدة أو المدة، لعمل تشخيص إضافي (عبد العزيز، 2012).

أسباب اضطرابات الشخصية

1. **الاسباب الوراثية :** هناك الكثير من الادلة تشير إن للوراثة دور كبير في ظهور هذا النوع من الاضطرابات لدى الناس، ومن هذه الادلة أشارتدراسة Ji et.al , 2006 التي أجريت على 324 زوجاً من التوائم في عمر 20 – 70 سنة، إن تأثير الوراثة في اضطرابات الشخصية بلغ 68,28 ٪إذ حصل تجمع الاضطرابات A على نسبة قدرها 59 ٪، وتجمع

الاضطرابات B نسبة قدرها 99, 64٪، أما تجمع الاضطرابات C فقد حصل نسبة قدرها 63, 66 ٪. كما كانت هناك تأثيرات وراثية هامة في اضطرابات الشخصية الفصامية شكلت نسبة 96 , 49٪، في حين كانت نسبة النرجسية 89, 52 ٪، أما الاعتمادية فقد كانت نسبتها 87, 54 ٪ولا توجد تأثيرات وراثية في اضطراب الشخصية الهستيرية، ولكن الوراثة اشتركت مع البيئة بنسبة 08, 54 ٪. في حين وجدت دراسة **Torgersen et.al , 2000** التي أجريت على مجموعة من التوائم، أن تأثير الوراثة قد بلغ نسبة 60 ٪ حيث بلغ تجمع اضطرابات الشخصية للمجموعة A على نسبة 37 ٪، وتجمع B على 60 ٪، وتجمع C على 62 ٪ وبلغت النسب المئوية لكل اضطراب وراثي كالآتي:

- النرجسية 79 ٪.
- الوسواس القهري 78 ٪.
- الحدية 69 ٪.
- الهستيرية 67 ٪.
- الفصامية 61 ٪.
- الاعتمادية 57 ٪.
- المحبطة لذاتها 54 ٪.
- الزورية 28 ٪.
- التجنبية 28 ٪.

2. **الأسباب العصبية** : للاساس العصبي في جسم الانسان دور مساهم في ظهور هذه الاضطرابات، فالاطفال الذين يولدون ولديهم أمزجة temperaments مختلفة اعتماد على نوعية جهازهم العصبي قد يعمل على ضرر وضعف شخصية الفرد. على سبيل المثال : قد يهيئ الكف أو

التثبيط الانفعالي العالي inhibitionلدى الاطفال الى أن يكونوا خجولين وقلقين، وأن يضعهم امام خطر الاصابة باحدى سمات اضطراب الشخصية. في حين أن الاطفال غير المثبطين (لديهم قدرة متدنية على ضبط سلوكهم وانفسهم) يصبحوا متجاوزين، وكثيري الكلام، والاندفاع، ولديهم مستويات منخفضة من الاثارة الانفعالية. لذا يتصف هؤلاء الاطفال بالميزات الخطرة التي تتسم بها انواع اضطرابات الشخصية كالاندفاعية impulsivity، والعصبية erratic، وذات السلوك العدوانيaggressive behaviour، والتي تفتقر للتعاطف lack of empathy. وكذلك تكشف العوامل العصبية ايضا بعض الاسباب في اضطرابات الشخصية مثل اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. إذ يقترح الباحثون أن الشخصية المضادة للمجتمع تظهر مستويات منخفضة من الاثارة الفسيولوجية physiological arousal، والتي تؤدي بالافراد المصابين بهذا الاضطراب الى ان يظهروا سلوكيات عدوانية واجرامية تسبب الشعور بالقلق للناس (Raine, Venables & Williams,1990)

وكذلك أشارت الدراسات البيوكيماوية إلى أن الأشخاص المندفعين، لديهم معدل مرتفع من هرمون التستوستيرون. لذلك يتصف سلوكهم بالعدوان والسلوك الجنسي. ودلّت الدراسات ايضا على أن انخفاض معدل الإنزيمات المؤكسدة للأمينات الأحادية(Monoamine Oxidase) ، في الصفائح الدموية، يرتبط بالنشاط والاجتماعية، في قرود التجارب. وتأكد ذلك في دراسة شملت طلبة الجامعة (عبد العزيز، 2010).

3. **الأسباب البيئية:** يقترح كل من علماء النفس أن التجارب المبكرة السيئة في العائلة تضع الناس امام تطوير اضطرابات الشخصية لديهم. ففي التجارب المبكرة للناس الذين يفشلون في تأكيد قيمة ذواتهم، يكونون

مضبوطين وتنتج لديهم مجموعة من الافكار الجامدة والثابتة والافكار المعيقة حول ذواتهم والاخرين والعالم، والتي تترجم بعد ذلك الى انماط سلوكية صارمة وقاسية. على سبيل المثال اذا كان الوالدان ناقدين و سيئين في التعامل مع اطفالهم وغير قادرين على مساعدتهم على مواجهة وتحمل الضغوط. سيتعلم الطفل أن يخفي مشاعره، ويتوقع الرفض من الاخرين، لذا سيتجنب اقامة العلاقات الشخصية حتى أذا كان الطفل راغبا في داخله باقامة تلك الصداقات. فاذا استمر هذا النمط من المعاملة مع الطفل فأنه شخصيته ستصبح متصلبة في الكبر، وسيطور في النهاية أحد أنواع اضطراب الشخصية (Hewstone& Stroebe, 2001).

بدأت البحوث تقترح الآن أن الامزجة والاسباب النفسية تتفاعل في تكّوين اضطراب الشخصية. حيث وج عالم نفس النموكوجنسكا ان الاطفال يظهرون كثيرا من الامزجة المختلفة اثناء تكيف التطور الاخلاقي في الاستجابة للنوعيات المختلفة من علاقة الوالد – الطفل. على سبيل المثال يستجيب الطفل الخائف بشكل افضل للانضباط المعتدل، بينما الاطفال غير الخائفين يستجيبون بشكل افضل عندما يتعلقون بشكل آمن مع والديهم. هذا يقترح أن أمزجة الاطفال تحتاج الى اساليب معاملة والديه خاصة بها، من اجل ان يصبح الطفل أكثر تكيفا، فالاسلوب الوالدي المنغلق closer the parenting style يرتبط مع نوع معين من الامزجة لدى الاطفال، والذين يصبحون من خلاله أكثر تكيفا. لذا عندما تحدث أساءة المعاملة من قبل الوالدين نحو طفل والتي لا تناسب مزاجه، فان الطفل سيطور استراتيجية توافق تعويضية، ومن المحتمل أن تؤدي الى نماذج صارمة وقاسية، والتي ترتبط مع اضطرابات الشخصية(Kochanska, 1995).

العمر ونسبة الانتشار

تظهر اضطرابات الشخصية في مرحلة الطفولة والمراهقة، ومن الاضطرابات المؤكدة في التي تظهر في هاتين المرحلتين هما اضطراب الشخصية

المضادة للمجتمع، والشخصية التجنبية، واضطراب الشخصية الحدية. وغالبا ما تظهر الشخصية المضادة للمجتمع في عمر دون 13 سنة، في حين تشخص الشخصية الحدية والتجنبية في مرحلة الطفولة والمراهقة (عبد العزيز، 2012). أما بالنسبة الى معدل انتشار اضطرابات الشخصية في العالم، فقد بدأت عمليات الاحصاء بداية فترة التسعينات من القرن العشرين، وقد سجلت دراسة استندت على 6 دراسات اجريت على ثلاثة قارات من العالم أن متوسط انتشار اضطرابات الشخصية قدر بحوالي 6،10٪. في حين كشفت اخر دراسة أجريت في عام 2009 على 13 دولة بواسطة منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشار اضطرابات الشخصية قدر حوالي 6٪(Huang et.al ,2009)

العلاج

ليس هناك وصفة عامة لكل هذه الاضطرابات. لكنه يحسن في الغالب عمل ما يلي:

- القيام ببعض الفحوصات المخبرية للتأكد من عدم وجود استعمال للمخدرات.
- القيام باختبارات نفسية تدعم التشخيص الإكلينيكي المساندة.

أما العلاج فإنه يمكن أن يكون كالآتي:

1. العلاج التحليلي: ويهتم برؤية المريض للأحداث من حوله باعتبار أنها ربما تشكلت من خلال علاقاته الإنسانية في حياته المبكرة. ومن خلال استبصار المريض بالعلاقة بين خبراته المبكرة وواقعه، يمكن أن يحدث التغيير نحو الأفضل.
2. العلاج المعرفي: ويهتم بتشوهات الإدراك التي تكونت نتيجة تبني أفكاراً غير عقلانية لمدة طويلة من دون النظر في الأسباب تهدف هذه المدرسة العلاجية إلى مساعدة المريض في التعرف على هذه التشوهات والأفكار ومن ثم تعليمه الأسلوب الأمثل للتغيير.

3. أما العلاج الدوائي فإن دوره في علاج اضطرابات الشخصية محدودٌ جداً. ولكنه يمكن أن يستهدف أعراضاً محددة أو اضطرابات نفسية أخرى قد يتزامن وجودها مع وجود اضطراب الشخصية في مرحلة ما(السبيعي، 2012).
4. العلاج العائلي، ويتضمن علاج الازواج.
5. العلاج الجماعي لاختلال وظيفة الشخصية (علاج اضافي).
6. علاج التعليم النفسي (علاج اضافي).
7. علاج الجماعة الداعمة للذات (علاج اضافي) (Jeffrey , 2004)

الفصل الثاني عشر

ادمان المواد ذات التأثير النفسي



12

الفصل الثاني عشر

ادمان المواد ذات التأثير النفسي

مقدمة



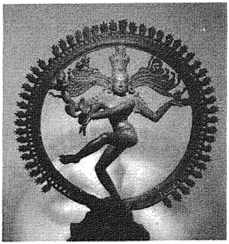
تشير أغلب الدراسات والتقارير والإحصائيات المنشورة حول المواد ذات التأثير النفسي، أن من أسباب الوفاة أو قصر أعمار الملايين من البشر هو آتي عن طريق تناول هذه المواد، و بمختلف أنواعها من (كحول، و مخدرات، وعقاقير هلوسه ، و قات،و تدخين) إذ تعمل جميعها كوباء يقضي على أرواح الملايين من الناس، فأثرها فعال وقوي وسيء على جميع مظاهر الحياة النفسية والاجتماعية والاقتصادية والجسمية، فضلا عن ذلك تعمل على ضياع وانحلال وتفكك المجتمعات الإنسانية بكافة أنواعها وباختلاف ثقافاتها. لو راجعنا الأسباب الحقيقية وراء انتشار هذه المظاهر أو المواد في المجتمع، لنجد أن هذه المظاهر قد تجسدت في أسباب ومشكلات مختلفة: من تفكك اجتماعي وبطالة و كثرة الضغوط و المشاكل الحياتية و انتشار الفقر، أو الحرمان والنشأة في محيط شاذ او سوء الاستعمال الذي يوصل إلى حالة التعاطي. أما مخاطرها فتجسدت: في التفكك الأسري وما يحول عليه من حالات الطلاق وضياع الأطفال، إلى انتشار الجريمة وانهيار المستوى الاقتصادي للفرد سواء أو العام للدولة. وقد أصبحت هذه الظاهرة السيئة منتشرة وبشكل واسع بين أفراد المجتمع العراقي و خاصة فئة الشباب في الفترة الأخيرة، لذا فأن الوقوف على تعريف هذه الظاهرة، و أسبابها ومخاطرها وعلاقتها بالفرد والمجتمع، والحلول الناجحة لحلها من الأهمية التي تمكننا من معالجتها و القضاء عليها. تناولت

هذه الدراسة عدة قضايا رئيسة ذات الصلة المباشرة بالظاهرة المبحوثة (تعاطي المواد ذات التأثير النفسي) وهي:

- الجذور التاريخية للإنسان في تعاطي المواد ذات التأثير النفسي:
- الإنسان و رغبته في التعاطي.
- تعاطي المواد ذات التأثير النفسي لغة واصطلاحاً.
- مصادر المواد ذات التأثير النفسي.
- أنواع المواد ذات التأثير النفسيً.
- تعاطي المواد ذات التأثير النفسي بوصفه سلوكاً مشكلاً لليافعين.
- أثار المواد ذات التأثير النفسيً .
- نظرة المجتمع إلى المواد ذات التأثير النفسيً.
- أهم الوسائل و الأساليب المساعدة في القضاء على ظاهرة انتشار المواد ذات التأثير النفسي (التوصيات).

الجذور التاريخية للإنسان في تعاطي المواد ذات التأثير النفسي:

منذ سجل تأريخ البشرية و ربما قبل زمن بعيد، والإنسان يتناول من المواد الطبيعية أو مستحضراتها ما هو غير طبيعي أو ضروري، وحاول منذ فجر التاريخ إن يتناول هذه المواد، سعيا وراء اللذة و التخفيف من معاناته النفسية والجسدية، أو لغرض التمهيد و المشاركة في الممارسات والطقوس الدينية (كمال، 1983)



وعرف القدماء كما نحن الآن - إن من الممكن التحكم في المخ، وفي نشاط الجهاز العصبي من خلال مركبات كيميائية أو أعشاب طبية (إبراهيم، 1985). إذ ورد في تراث الحضارات القديمة أثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد (ذات التأثير النفسي)، وقد وجُدت بعض تلك الآثار على شكل نقوش

صورية في جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي القديمة، أو أساطير مروية تناقلتها الأجيال. فالكحول على سبيل المثال من المواد المؤثرة نفسيا، والأكثر شيوعا في جميع إنحاء العالم اليوم، و لها تاريخ قديم مدون، أذ وصلت صناعة الخمور إلى مستوى رفيع منذ عام 4050 قبل الميلاد، وكذلك دونت طريقة صناعتها على المقابر الفرعونية في مصر (الحفار، 1984). وعرف الحشيش لدى الهندوس عندما كانوا يعتقدون، أن الإله(شيفا) هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط، ثم تستخرج منه باقي الآلهة ما وصفوه (بالرحيق الإلهي) ويقصدون به الحشيش. وقد نقش الإغريق صوراً لنبات الخشخاش على جدران المقابر و المعابد، وأنتشر في قبائل الأنديز مادة (الكوكا) عن أسطورة تقول بان امرأة نزلت من السماء بمادة سحرية تخفف بها ألآلام الناس، و تجلب لهم نوماً لذيذاً، وتحوله بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا، إذا كانوا الهنود يقطفونه و يقومون بتحويله إلى شراب مخدر، وحينذاك أصبح مشروباً شعبياً لديهم. (وشاح، 2005).

أما الخشاش أو (الأفيون) فأول من أستخدمه سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد، ومنه انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا يستعملونه علاجاً للأوجاع، وعرفه السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، إذ تحدثت عنه لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق.م، كما عرفه البابليون والفرس، واستعمله الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان ولكنهم أساؤوا استعماله فأدمنوه وحينها أوصى حكماؤهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس وأبو قراط ،ومخطوطة أرسطو إلى فيرجيل. (كمال، 1983، ص 377).

و عرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن الميلادي، وقد وصفه ابن سينا لعلاج التهاب غشاء الرئة الذي كان يسمى وقتذاك "داء ذات الجُنب" وبعض أنواع

المغص، وذكره داود الأنطاكي في تذكرته المعروفة باسم "تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجاب" تحت اسم الخشخاش، وكذلك عرف نبات الخشخاش والأفيون في الهند منذ القرن السادس الميلادي، وظلت الهند تستعمله في تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين إلى أن احتكرت شركة الهند الشرقية التي تسيطر عليها إنجلترا في أوائل القرن التاسع عشر ومنعت تجارته في أسواق الصين (وشاح، 2005) والخشخاش مادة تؤثر في الجهاز العصبي المركزي السمبثاوي وتستعمل طبياً لتسكين الألم (إبراهيم، 1985، 103).

أما المورفين وهي مادة تستخرج من الأفيون صنعت من قبل العالم الألماني – سرتيرنر - عن طريق استئصالها من مادة الأفيون عام 1806م وقد سميت بهذا الاسم نسبة إلى إله الأحلام في الأساطير الإغريقية، وهذا المخدر يكون على شكل سائل أبيض شفاف أو مسحوق أبيض ناعم غير بلوري مر المذاق و عديم الرائحة، يعمل على تسكين الألم بسبب تأثيره المباشر على غشاء الخلايا العصبية التي تدرك الإحساس بالألم. وعرف الميثادون وهو أيضا من مشتقات الأفيون الأم وتم اكتشافه عام 1946 وله تأثيره أقل بكثير من المورفين لأنه لا يسبب النعاس ولا يؤدي إلى الإدمان بسرعة، وآثاره بطيئة وغير خطيرة (الحفار، 1984).

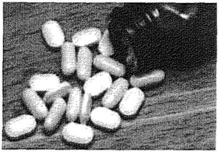
أما الامنيتامينات وهي منبهات ومنشطات للجهاز العصبي تساعد على تمدد الشعب الهوائية وكانت تعطي بوصفها علاج لمرضى النوم المفاجئ، استخدمت سنة 1930 وتم تصنيعها للأغراض الطبية بعد اكتشاف تأثيرها، علما بأنه تم تصنيع هذه المادة عام 1887. وأشهر أنواع العقاقير المنشطة الدريكيدرين، الميتدرين، الريتالين، الديكامفيتان، وقد زاد تعاطي هذه العقاقير المنشطة في الآونة الأخيرة وخاصة في الأوساط الرياضية واللعب الفردية وألعاب القوى، ويعد تناول الرياضيين لهذه المواد مخالفة رياضية يعاقب عليها القانون الرياضي الدولي،

وكثيرا ما تم ضبط حالات كثيرة جدا للاعبين الرياضيين بالاتحاد الدولي لكرة القدم نتيجة تناول هذه المواد و إيقافهم عن اللعب (وشاح، 2005).

أما الهروبين فهو من المسكنات القوية المؤثرة على كافة مستويات المخ، وله أسماء عدة منها الفرس أو الحصان أو الولد اختصار لأسمه وهو أخطر أنواع المخدرات المشتقة من الأفيون، يستخرج من المورفين بطرق كيميائية مختلفة بعد إضافة حامض الخليك الثلجي وكربونات الصوديوم وحامض الكوريك والقطران (أبو سيدو، 2006) وأخيرا عرفت المنومات والمهدئات في الفترات الأخيرة بسبب التقدم الصناعي وانتشار استعماله في العديد من المشكلات النفسية والوسائل العلاجية (كمال، 1983).

تعاطي المواد ذات التأثير النفسي لغة و اصطلاحا

1. لغة



يشيع بين كثير من الكتاب العرب أن يستعملوا في هذا الصدد تعبير (سوء استعمال المخدرات) وهذه العبارة نقلت عن ترجمة حرفية للكلمة الإنكليزية (Abuse) ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك، فقد ورد في لسان العرب لأبن منظور ما نص (تعاطي ما لا يحق و لا يجوز تناوله) وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر، ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي أثارها إلى الأضرار لمن يتعاطاها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية او الاقتصادية المترتبة على التعاطي، ولا يستتبع التعاطي بالضرورة إلى نشوء الاعتماد أو التحمل (سويف، 1996).

2. **اصطلاحا: وعرفه:**

1. (سويف، 1996) حسب الجرعة والكمية والمناسبة التي يتعاطاها الشخص، فمن أنواع التعاطي:

أ. تعاطي تجريبي: هو عملية تعاطي المواد النفسية في أول عهد المتعاطي بها، وهو بعد في مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها.

ب. تعاطي متقطع أو بالمناسبة: وهو عملية تعاطي المواد النفسية كلما حانت مناسبة تدعوا إلى ذلك، فمن هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة كالحفلات والأفراح.

ج. تعاطي منتظم: هو عملية تعاطي متواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة، يجري توقيتها بحسب إيقاع داخلي لا على حسب مناسبات خارجية اجتماعية.

د. تعاطي متعدد للمواد النفسية: يشار بهذا المصطلح إلى تعاطي المتعاطي عددا من المواد النفسية، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة، و قد يتعاطى هذه المواد المتعددة معا في وقت واحد. (سويف، 1996).

2. dependence producing drugs :(Dilling & Mombour, 1992) مجموعة من المواد التي تسبب حالة من الاعتماد النفسي أو الجسدي أو كليهما معاً، كما تصنفها منظمة الصحة العالمية حسب تركيبها الكيماوي إلى: الكحول والأفيونات والقنبيات والمسكنات أو المنومات والكوكائين والمنشطات ويدخل في عدادها الكافيين و المهلوسات والتبغ والمواد الطيارة (Dilling & Mombour, 1992).

إدمان المواد ذات التأثير النفسي بين التعود والاعتماد

عرف الإدمان من الناحية التاريخية بأنه الاعتماد النفسي والجسدي على المواد المنشطة (مثل الكحول، والتبغ، والهروين وغيرها) والذي يعبر حاجز الدماغ عبر الدم عندما يبتلعه الشخص، ويغير من البيئة الكيميائية للدماغ بشكل مؤقت. وكذلك يمكن أن ينظر للإدمان أيضا بأنه علاقة مستمرة مع مادة أو نشاط على الرغم من أن له نتائج سلبية ترتبط معه، وذلك بسبب ما توفره المادة من متعة وسرور، على اية حال العلاقة مع المادة أو النشاط لفترة طويلة من الوقت تجعل المدمن يحتاج إليها(Morrissey et.al , 2008)) إلا أن بعض المختصين في علم النفس والعديد من العاملين في مجال علاج الإدمان، يرون أن الإدمان يتضمن الاعتماد النفسي الشاذ على بعض الأشياء مثل القمار، والطعام، والجنس، والخلاعة، والانترنيت، والعبادة، ومراقبة التلفزيون، وإيذاء الذات، والتسوق (Taylor , 2002)

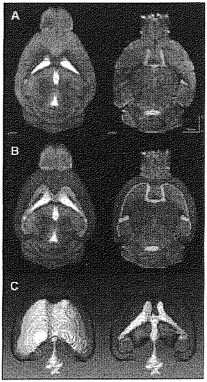


عرف الإدمان أيضا من قبل الجمعية الأمريكية الطبية للإدمان بأنه مرض مزمن يثير الدماغ والدافعية والذاكرة والمجالات ذات العلاقة (Society of Addiction Medicine , 2011) كما عرفته المؤسسة العالمية لسوء استعمال المخدرات NIDA بأنه عبارة عن اضطراب سلوكي يظهر تكراراً لفعل من قبل الفرد كي ينهمك بنشاط معين بغض النظر عن العواقب التي تضر بصحة الفرد أو حالته العقلية أو حياته الاجتماعية (NIDA , 2011).

يصنف الإدمان إلى نوعين من الاعتماد، وهذين النوعين هما كالآتي:

- الاعتماد الجسدي: ويتميز بظهور أعراض انسحاب عند التوقف عن تناول المخدر فجأة إذ يؤدى استعمال كل من المواد الأفيونية، والبنزوديازيبين (دواء مهدئ ومضاد للاكتئاب)، والباربيتورات

(مسكن)، والكحول إلى الاعتياد الجسدى هذا من ناحية. ومن ناحية أخرى يوجد بعض المواد لها الخصائص نفسها ولكنها لا تعد من المخدرات مثل: الكورتيزون، ومثبطات البيتا، ومعظم مضادات الاكتئاب. فقد يكون الاعتماد الجسدي عاملاً رئيسياً يؤدى إلى الاعتماد النفسى، أوغالبا ما يكون هو الدافع الأساسي للاستمرار في تناول المخدر. وعادة ما يكون الهدف الأساسي من تناول المواد المخدرة هو قدرتها على توصيل الشعور بالمتعة في حين أن استمرار تناول المخدر لا يصبح الهدف منه الحصول على المتعة بقدر ما يكون الهدف منه تجنب التوتر الذي ينتج عن الامتناع عن تناوله، ومن ثم يصبح استعماله لا إراديا. وهناك بعض المواد التي تؤدى إلى الاعتياد الجسدي أو التحمل النفسي ولكنها لا تؤدى إلى الإدمان، ومن تلك المواد على سبيل المثال: العديد من الملينات وهى ليست من المواد ذات التأثير العقلى، أومضادات احتقان للأنف التي يمكن أن تؤدى إلى احتقان ارتدادي في حالة استعمالها لأكثر من بضعة أيام على التوالي وبعض مضادات الاكتئاب ولاسيما الفينلافاكسين، والباروكستين: والسيرترالين (جيانينى، 1997).



- الاعتماد النفسي: وهو اعتماد العقل على المخدر ويرتبط بذلك أعراض انسحاب نفسية مثل الرغبة، والتهيج، والأرق، والاكتئاب، وفقدان الشهية وغيرها، والإدمان من الناحية النظرية يمكن أن يستمد من أي مكافأة،

ويعتقد أنه يرتبط بنظام إفراز "الدوبامين" في جهاز المكافأة في المخ (كما هو الحال بالنسبة للكوكايين والأمفيتامينات) ويزعم البعض أنه وسيلة اعتيادية لتجنب النشاط غير المرغوب فيه، ولكن عادة لا يكون كذلك إلا في الأفراد الذين لديهم اختلالات عاطفية أو اجتماعية، أو نفسية (كما هو تعريف الاعتماد النفسي) ليحل بذلك محل المنشطات الطبيعية O'Donohue & Ferguson , 2006)) (صورة توضح انكماش حجم الدماغ بتأثير الحكول)

إن الاعتماد النفسي على المادة يمكن أن يشخص مع الاعتماد الجسدي ويظهر معه حالات عدم تحمل ترك المادة والإعراض الإنسحابية، أو قد يشخص الاعتماد النفسي من دون الاعتماد الفسلجي. ويمكن أن تصنف أنواع الاعتماد إلى الآتي:

- الاعتماد على الكحول.
- الاعتماد على الأفيون.
- الاعتماد على مشتقات الحشيش.
- الاعتماد على المهدئات والمنومات.
- الاعتماد على الكوكايين.
- الاعتماد على المنبهات.
- الاعتماد على المهلوسات.
- الاعتماد على التبغ.
- الاعتماد على المذيبات الطيارة Beck , 2007)).

مراحل تعاطي المواد المؤثرة نفسيا



أول ما يبدأ الفرد مرحلته الأولى في تعاطيه المادة المؤثرة نفسياً، هو مجرد الاهتمام من دون الاستعمال الفعلي للمادة المؤثرة نفسياً، أما المرحلة الثانية فهي الاستعمال الفعلي للمادة المؤثرة (الحفار، 1984) وهي ما تسمى بعملية (التعود) و تعرف بأنها حالة ناجمة عن الاستعمال المتكرر للمادة المؤثرة (كمال، 1983) من خصائصها رغبة الاستمرار في تناول المادة لما تسببه من شعور بالراحة، وعدم زيادة الجرعة، وتكوّن قدر معين من الاعتماد النفسي (حالة تنتج من تعاطي المادة و تسبب الشعور بالراحة و الإشباع) وعدم حدوث الاعتماد العضوي، أما أضرار المادة تنعكس على المتعاطي فقط ولا تمتد الى المجتمع (الدمرداش، 1982).

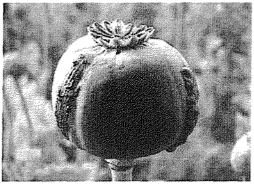
أما بالنسبة لمعظم الناس الآخرين توجد مرحلة نهائية عندما يتطور سلوك المتعاطي إلى استخدامه جرعات كبيرة، وعلى مدى طويل (الحفار، 1984) و هذه المرحلة تسمى بعملية (الاعتماد) و تعرف هذه العملية حسب تعريف (المغربي، 1986): حالة التغير النفسي والجسمي الناشئة عن التعاطي المتكرر، والتي تفرض ضرورة الاستمرار في التعاطي لتفادي ظهور تلك الحالة (المغربي، 1986).

ومن خصائصها استجابات و أنماط سلوك مختلفة تشمل: الرغبة الملحة في تعاطي المادة المؤثرة بصورة متصلة أو دورية، من أجل الشعور بالآثار النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره، و من خصائصه الأخرى زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على المادة المؤثرة نفسياً، و ظهور أعراض نفسية و جسمية مميزة عند الامتناع عن تناول المادة المؤثرة نفسياً فجأة، و الآثار ضارة على الفرد المدمن و المجتمع (الدمرداش، 1982، ص 23).

مصادر المواد ذات التأثير النفسي:

تعرف المادة المؤثرة نفسياً: بأنها كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تناولها (الدمرداش، 1982، ص 22).

أما مصادر المواد ذات التأثير النفسي أربعة، وهي: النباتات و الحيوانات والمواد المعدنية والأدوية التخليقية.



1. النباتات، تؤخذ موادها الخامة كأوراق النباتات وسيقانها ولحائها أو بذورها فتطحن أو تجفف، و قد تكون (خلاصات) أي تستخلص منها مادة بطريقة من الطرق . وهذه الصورة توضح نبات الخشاش المخدرة.
2. الحيوانات، تؤخذ منها المضادات الحيوية و الفيتامينات و الهرمونات.
3. المواد المعدنية: تؤخذ من (الطبيعة) ككربونات الكالسيوم، وكبريتات المغنيسيوم.
4. المخلقة: و تؤخذ من المواد الجاهزة من الطبيعة كالسلفونميدات. (سفيان، 2004)

أنواع المواد ذات التأثير النفسي:

تكثر المواد ذات التأثير النفسي على وفق أشكالها، ووجه الاختلاف في تصنيفها و زاوية النظر أليها، إذ يصنف بعضها على أساس تأثيرها، و البعض الآخر على أساس طرق أنتاجها، و لكن أشهر التصنيفات لهذه المواد كالآتي:

1. على وفق تأثيرها:

أ. المسكرات مثل الكحول و البنزين.

ب. مسببات النشوة مثل الأفيون ومشتقاته.

ج. المهلوسات مثل الميسكالين والقنب الهندي.

د. المنومات مثل الكورال والسلوفونال.

2. **على وفق طريقة الانتاج :**

أ. مخدرات تنتج من نباتات طبيعية مباشرة مثل الحشيش والقات.

ب. مخدرات مصنعه، وتستخرج من المخدر الطبيعي بعد أن يتعرض هذا المخدر لعدة عمليات كيماوية و تحوله الى صور أخرى مثل المورفين و الهروين.

ج. مخدرات مركبة، و تصنع من عناصر كيماوية و مركبات أخرى، و لها التأثير نفسه مثل بقية المواد المخدرة و المسكنة و المنومة و المهلوسة.

3. **على وفق الاعتماد النفسي والعضوي :**

أ. المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً مثل الافيون والمورفين .

ب المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً فقط مثل العقاقير المهلوسة.

4. **على وفق اللون :**

أ. البيضاء مثل الكوكايين والهروين.

ب. السوداء مثل الأفيون و مشتقاته.

(أبو سيدو، 2005).

و قسمت دائرة المعارف الأمريكية المواد ذات التأثير النفسي إلى تسع فئات وفقا للاعتبارات (الفرم ايكولوجية) مثل تماثل الأثر وميكانزمات فعلها، والتحمل المتداخل، وهذه الفئات هي:

1. الأفيون ومستخرجاته.

2. المهدءات

3. الكوكايين.
4. القنبيات بشكلها الطبيعي و الصناعي.
5. النيكوتين.
6. عقاقير الفرفشة أو الهلوسة.
7. المستنشقات.
8. المنبهات مثل الشاي و القهوة و الكولا (جلال، 1986).

أسباب تعاطي المواد المؤثرة نفسيا

يتداخل في ظهور عملية تعاطي المواد المؤثرة نفسيا العديد من الاسباب، وقد توصلت الدراسات أن اسباب التعاطي تنقسم على نوعين، هما:

1. أسباب وراثية:

تشير الادلة الوراثية إن للجينات دور رئيس في عملية التعاطي، فقد وجدت الدراسات الجينية ومنها دراسة George et.al , 2010 التي قامت بتحليل مجموعة من الدراسات الوراثية المتمة في التعاطي إن جين DRD2 و جين RFLP يمارسان دوراً كبيراً في إدمان الخمور، وذلك حسب النسب المئوية للدراسات الآتية:

الدراسة	جين DRD2	جين RFLP
O'Hara et al,	٪ 41	٪ 32
Noble et al.	٪ 51	٪ 38
Comings et al	٪ 42	-
Gelertner et al	٪ 45	-

كما توصلت الدراسات العائلية الوراثية ومنها دراسة Rounsaville et.al التي أجريت على 201 شخصاً من الأقرباء من الدرجة الأولى، حيث وجدت الدراسة أن التأثير الوراثية لإدمان المواد المنومة وصل نسبة تتراوح بين 18 – 23 ٪

(Xian et.al , 2008). في حين توصلت Luthar and Rounsaville التي أجريت على 298 مدمن كوكائين، أن نسبة التأثير الوراثي بين الذكور قد بلغ نسبة قدرها 40 ٪، أما نسبة التأثير الوراثي عند الإناث فقد وصلت إلى 22 ٪ (Xian et.al , 2008). أما دراسات التوائم، فقد وجدت دراسة Grove et.al , 1990: التي أجريت على 3372 زوجاً من التوائم ان نسبة التأثير الوراثي في المواد المؤثرة نفسيا كان كالآتي:

- الماريجوانا 33 ٪.
- الهروين 43 ٪.
- المنشطات 44 ٪.

وفي دراسة Ming et.al , 2001: التي أجريت على 1874 زوجاً من التوائم المتماثلة و 1498 زوجاً من التوائم الأخوية وجدت ان معامل الارتباط الوراثي بين التوائم حسب المواد المؤثرة نفسيا كما هو مدون في الجدول الآتي:

المادة المؤثرة نفسيا	التأثير الجيني	إشتراك الوراثة مع البيئة	تأثير البيئة لوحدها
أي عقار	0 , 34	0 ,28	0 ,38
ماريجوانا	0 ,33	0 ,29	0 ,38
هروين	0,43	-	0,31
منشطات	0,44	-	0,49
مسكنات	0,38	0,06	0,56
مهلوسات (فينسايكليدين)	0,25	0,19	0,56

2. أسباب عصبية:

يرى علماء النفس ان الجهاز العصبي في جسم الانسان دور في الحفاظ على التوازن البيولوجي والنفسي في حياة الانسان، لذا فان أي تغير يطرأ على هذا الجهاز قد يسبب أثرا على سلوك الانسان اليومي وعلى شخصيته. وتشير الدراسات إن للتعاطي تأثيرا كبيرا على حيوية الجهاز العصبي وخاصة مادة الدوبامين التي لها القدرة على الشعور بالسرور والمتعة في الحياة اليومية، إلا أن تعاطي المواد ذات التأثير النفسي تعمل على عدم الشعور بذلك، لأن تكيف الدماغ على المادة المخدرة او ذات التأثير النفسي تعمل على جعل الجهاز العصبي أقل قدرة في الاستجابة للإشارات الكيميائية مع النبضات الكهربائية، ويخفض تأثير الدوبامين لتحل وظيفة المادة المدمنة محل عمل الدوبامين في جسم، ولذلك فأن غياب المادة المدمنة يسبب في ظهور أعراض مؤلمة في جسم الانسان لفقدان مادة الدبامين المسببة للشعور بالراحة وهذه الاعراض هي ما نطلق عليها بالإعراض الانسحابية المرتبطة بالإدمان. على سبيل المثال في حالات الاعتماد على مثبطات الجهاز العصبي المركزي، مثل المواد الأفيونية، الباربيتورات، أو الكحول، فإن عدم تناول مثل هذه المواد يمكن أن يؤدي إلى الآلام حادة(بسبب غياب مادة الدوبامين المخففة للألم). وقد تؤدي أعراض انسحاب الكحول أو المسكنات مثل الباربيتورات أو البنزوديازيبينات إلى نوبة مرضية، أو حتى الموت. على النقيض من ذلك، فأعراض انسحاب المواد الأفيونية يمكن أن تكون مؤلمة للغاية، لكنها نادرا ما تهدد الحياة (Wise ,1996)

3. أسباب بيئية:

يولد الإنسان في المجتمع وهو يمتلك العديد من الدوافع الفطرية، و نتيجة تفاعله مع بقية الأفراد و تأثره بهم يضطر إلى تعديل بعض دوافعه وتهذيبها، فتتكون عنده الكثير من الدوافع المكتسبة و منها (الاتجاهات) التي توجه سلوك الفرد وتؤثر فيه وتخلق لديه مواقف مختلفة نحو الأفكار والأحداث

والمواضيع والأشياء والأشخاص، وهكذا فأن كل ما يقع في مجال الفرد على المستوى النفسي و الاجتماعي يمكن أن يكون موضوع اتجاه من اتجاهاته النفسية و الاجتماعية سلباً أو إيجابا (السامرائي، 1988، ص 94).

فالاتجاهات النفسية محددات ضابطة لسلوك الأفراد والجماعات، وتتكون و ترتبط وفقا لمثيرات اجتماعية، فالاتجاهات لا تتكون في فراغ ولكنها تتضمن دائماً علاقة بين فرد أو موضوع من موضوعات البيئة، و يقع الاتجاه دائماً بين طرفين أحدهما موجب، و الآخر سالب هما التأيد المطلق و المعارضة المطلقة.و الاتجاه تتغلب عليه الذاتية أكثر من الموضوعية و له صفة الثبات النسبي، و تتفاوت قوته تبعاً لاستعداد الفرد نحو موضوع الاتجاه، و المواقف التي تحدده، كما و يختلف من فرد إلى أخر (ياسين، 1981).

وكذلك هم الأفراد في اتجاههم نحو تعاطي المواد ذات التأثير النفسي، فمنهم من يرى على أنها أشياء ايجابية و فعالة في حياتهم، تساعدهم على الاسترخاء والنشوة ونسيان مشاكلهم، ومنهم من يرى على أنها أشياء و مواضيع خطرة تهدد حياة الفرد و تؤدي به إلى التهلكة، ويجب الابتعاد عنها وعدم اللجوء إليها ألا في أوقات الضرورة الملحة، وفق استعمالها الصحيح و المتقن.

وهناك بعض الأسباب التي قد تولد لدى الفرد الاتجاهات الموجبة نحو تعاطي المواد ذات التأثير النفسي:

1. اضطراب الشخصية: إن اضطراب الشخصية عامل أساسي وبارز في اللجوء إلى المواد ذات التأثير النفسي، إذ العجز الكامل في بناء شخصية الفرد، والحاجة إلى الاطمئنان والثقة أو الامتياز، يدفع بالفرد إلى التعاطي (الدباغ، 1983).
2. سوء التربية وعدم الاهتمام بتنشئة الأبناء تنشئة سليمة، فضلا عن ذلك كثرة الخلافات الأسرية و المشاكل الدائمة بين الأهل، مما يؤثر سلبا على تهذيب الأبناء وطريقة تفكيرهم، ووقوعهم بالخطأ وبشكل سريع حباً في الهرب من الواقع المؤلم الذي يعيشونه (أبو سيدو، 2005).

3. الفضول أو الرغبة في التجربة، وزيادة المرح، والفشل في حل الصراعات، والإحساس بالاغتراب القهري و الاجتماعي (أبو سيدو، 2005).

4. الاعتقاد الخاطئ بأن بعض المواد ذات التأثير النفسي خاصة المخدرات قد تزيد في القدرة الجنسية (الدمرداش، 1982).

5. الرغبة في الراحة والنشوة بعد تعاطي المادة (الدمرداش، 1982، ص 46).

6. سهولة الحصول على المادة المؤثرة نفسيا والآثار التي تعطيها (جلال، 1986).

7. الإعلانات، ومنظر الحانات، والأفلام السينمائية (نجوم الشاشة الذهبية)، وتصرفات الكبار، و الرفاق (الدمرداش، 1982).

8. سوء استعمال المواد ذات التأثير النفسي من دون استشارة أهل الاختصاص (الحفار، 1984، ص 77).

9. ضعف الوازع الديني، وكثرة البطالة، والفراغ في حياة الفرد.

10. استخدام بعض المواد ذات التأثير النفسي في الأعياد والمناسبات الاجتماعية.

أعراض المواد ذات التأثير النفسي:



تختلف المواد ذات التأثير النفسي في أثارها وفق نوعية المادة المتناولة ووفق الجرعة والظروف التي يتناول فيها الشخص (الدباغ، 1983، ص 35) فمن الآثار العامة والضارة لتناول المواد ذات التأثير النفسي:

1. حدوث مضاعفات نفسية: مثل الكآبة، والتوتر، وعدم التركيز، و تدهور العمليات العقلية والعدوان، أو الشعور بالراحة، و الاسترخاء ،و الشعور بالبهجة، و تنشيط الجهاز العصبي،و تخفيف الألم،و زيادة الوعي الحسي،و تغير في أدراك الزمن.
2. حدوث مضاعفات جسمية: مثل الارتجاف، وزيادة دقات القلب، والغثيان، وتليف الكبد، وارتفاع ضغط الدم، والدوار، وفقدان الوزن والشهية، والإمساك، والعنه الجنسية المؤقتة.
3. تدهور مستمر و بطيء في سمات الشخصية وأنشطتها: مثل الانحدار الواضح في الخلق والعمل والانسحاب الاجتماعي و التفكك الأسري، والرذيلة والاحتقار وعدم احترام الذات، والتواكل والاعتماد على الغير، والكذب، وعدم تحمل المسؤولية، وتجنب العمل.

على العموم تحدد الجمعية الامريكية للطب النفسي اعراض التعاطي في الآتي: يحدث الاعتماد في أي وقت شرط ان يستمر تعاطي المادة 12 شهرا متواصلا، وكذلك يتميز بوجود ثلاثة مظاهر تالية:

1. **التحمل**: ويحدد بواحد من الآتي:

- حاجة إلى زيادة واضحة في مقادير المادة لبلوغ تأثير اقوى أو مرغوب.
- تأثير متضائل بصورة واضحة مع الاستعمال المتواصل لنفس المقدار من المادة .

2. **الامتناع:** ويتحدد بمظهر واحد من الآتي:

- متلازمة الامتناع المميزة للمادة، وهذه تتضمن المعيارين في نقطة واحد.
- تناول نفس المادة او مادة قريبة منها لتخفيف او تجنب اعراض الامتناع.

- غالب ما تؤخذ المادة بمقادير أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصود.
- هناك رغبة متواصلة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استعمال المادة.
- يبذل كثير من الوقت في نشاطات اضطرارية للحصول على (المادة) مثل زيارة العديد من الأطباء أو السياقة لمسافات طويلة (أو في استعمال المادة) مثل التدخين بلا انقطاع ,أوفي الإبلال من تأثيراتها.

3. هجر او تخفّيض النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية بسبب استخدام المادة (APA , 2004).

نظرة المجتمع الى المواد ذات التأثير النفسي:

تختلف نظرة المجتمع إلى المواد ذات التأثير النفسي على وفق عاداته وتقاليده و طقوسه الدينية و معاييره الاجتماعية، فالخمر و التدخين مقبول اجتماعياً في بعض المجتمعات، والحشيش وعقاقير الهلوسة مرفوضان في الوقت نفسه (الدمرداش، 1982) وتدخل نظرة المجتمع من خلال عوامله الاجتماعية والتاريخية والتراثية والشعبية، فنجد مثلاً أن تعاطي الكحول يكثر في المجتمع الأيرلندي (الدباغ، 1983) والقات في المجتمع اليمني. وكذلك ويعود تفضيل مادة على أخرى الى المستويات الاجتماعية في الثقافات المختلفة و إلى سهولة الحصول على المادة المخدرة أو صعوبتها والآثار التي تعطيها (جلال، 1986) و يقسم (الدمرداش، 1982) نظرة المجتمع الى العقار الى ثلاثة عوامل هي:

- تأصل المادة: فكلما كان استعمال المادة متأصلاً في المجتمع زاد تقبله لها.
- تأخر ظهور الأعراض والوفاة بسبب الاستعمال.
- الظروف الاقتصادية مثل توفر المادة و رخص ثمنها.

(الدمرداش، 1982، ص 35).

ووفق إحصائية قدمتها وزارة الصحة العراقية (1) في العام 2004 استقبلت المستشفيات والمستوصفات 7 آلاف حالة... وفي العام 2005 جرى استقبال 24 ألف حالة فتضاعف العدد بذلك ثلاث مرات.. وتضيف هنا ان أكثر هذه الاصابات حدثت في المناطق الجنوبية الملاصقة للحدود من إيران لاسيما أن إيران بلد منتج للمخدرات وتحاذي بلداً أخر اشتهر بزراعة المخدرات هو أفغانستان.

علاج ادمان المواد ذات التأثير النفسي

1. العلاجات الطبية:

يرتبط الإدمان أو الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي بعوامل لا يمكن التحكم فيها، كما قد يكون له جذور جينية. لذا يقوم علاج التعاطي اعتمادا على مجموعة كبيرة من الأطباء المتخصصين، بما فيهم متخصصون في طب الإدمان والطب النفسي والاختصاصات النفسية، وممرضات مدربات تدريبا مناسبا، وأخصائيون اجتماعيون، ومستشارون. وغالبا ما يعتمد العلاج المبكر لأعراض الانسحاب الحادة على إزالة المواد السمية للمادة المؤثرة، والتي يمكن أن تتضمن جرعات من انكسيوليتكس أو مسكنات للحد من أعراض الانسحاب. كما أن هناك عقار تحت التجربة هو أيبوجين، لعلاج الانسحاب والحنين للمخدرات. بالإضافة إلى البدائل الطبية مثل علاج الإدمان بالوخز بالإبر، وعلى الرغم من فعالية هذا العلاج إلا أنه لم يذكر في أي دراسة علمية. ويستعمل في حالات مثل الإدمان المزمن على المواد الأفيونية علاج بديل مثل الميثادون كبديل للأفيون. وهناك توجه عالمى في العلاج يركز على الاختيار النهائى للفرد باتباع نظام علاج بديل.

---

(1) وزارة الصحة العراقية (2004) منشورة في جريدة الصباح

http://www.alsabaah.com/paper.php?source=akbar&mlf=interpage&sid=24524

الطريقة المتبعة عادة في علاج الادمان

1. ادخال المريض لوحدة خاصة بالادمان في احدى مستشفيات الطب النفسي، على أن يكون لهيئة العلاج خبرة خاصة باساليب علاج الادمان.
2. توقف المريض عن تناول المادة المدمنة، ويتوقع اختفاء الاعراض الانسحابية للكوكاين، والمورفين، والهيروين في غضون اسبوعين.
3. يعتقد البعض أنه من الافضل أن يمر المريض بفترة من الألم من جراء توقف التعاطي، ولكن يعطى للمريض خلال هذه الفترة العلاج الخاص بتخفيض شدة أعراض سحب العقار، وذلك بواسطة الآتي:
   أ. التنويم والتخدير طويل المدى باستعمال لارجاكتيل مع المنومات بالعضل لمدة تتراوح من 5- 8 أيام.
   ب. الانسولين المعدل باعطاء 40- 80 وحدة صباحا حتى يبدأ المريض في العرق وسرعة النبض ثم يعطى بعد ذلك الطعام الخاص بتقليل نسبة السكر في الدم.
   ج. أحيانا ما يخلط علاج التنويم مع الانسولين.
   د. نادرا ما نلجأ للصدمات الكهربائية لتخفيف شدة الاعراض الجانبية ولتقليل وطأة القلق والاكتئاب المصاحبة لتوقف العقار.
   هـ. لا مانع من استعمال الفيتامينات والمقويات، ومشتقات الكورتيزون لبناء المواد البروتينية في الجسم.
4. لا يحتاج ادمان المنبهات، والكوكايين، والحشيش أكثر من بعض المطمئنات نظرا لأن الاعراض الجانبية محدودة، ومدتها قصيرة.

5. يستحسن في علاج ادمان المطمئنات مثل المبروباميت (برتراتكيل – فانادورم – باربي – فاليوم – أتيفان) وكذلك المنومات أن يكون التوقف عن التعاطي تدريجيا حتى لا يتعرض المريض لنوبات صرعية ويؤذي نفسه.
6. اتباع العلاج النفسي ثم تأهيل المريض قبل الخروج من المستشفى ومناقشة خططه للمستقبل.
7. اتباع العلاج السلوكي المنفر وخاصة مع الكحول (عكاشة، 1984).

2. العلاجات النفسية:

حاول الأطباء النفسيين وعلماء النفس في السنوات الأخيرة صياغة مجموعة من التدخلات للتأثير على العوامل التي تؤثر في السلوك، وذلك من خلال جلسات علاجية نفسية تهدف الى محاولة اكتشاف العوامل التي أدت بالفرد لاتباع طرق غير صحية للشعور بالمتعة أو لتخفيف الألم، ومن هذه العلاجات هي:

أ. العلاج بالاسترخاء:

مثلما وضحنا سابقا في الاسباب العصبية للادمان، أن المادة المدمنة تحل محل مادة الدوبامين في المراكز العليا في الدماغ وتخفف القلق والتوتر والمخاوف لدى الكائن، وبالتالي تصبح المادة المدمنة العامل الذي يؤدي إلى الشعور بالراحة وزوال التوتر بدلا من مادة الدوبامين. وكي نخلص المدمن من التوتر والقلق التي تثيرها المادة، نعلمه بعض الاساليب النفسية التي تخلصه من ذلك التوتر من اجل ان يستعيد الدماغ عافيته وينتج مادة الدوبامين بفعالية من جديد. ومن هذه التقنيات هي:

أ. التحصين المنهجي: وهنا يقوم المعالج بتعليم المدمن على كيفية ارخاء عضلات جسمه بشكل منتظم حتى يتمكن من تعلم الاسترخاء تماما،

والسيطرة على قلقه وتوتره.

ب. التأمل التجاوزي: وهنا يعلم الشخص تمارين عضلية ونفسية تشبه اليوجا تساعده على الاسترخاء تماما والتحكم في القلق.

ج. التنويم المغناطيسي: حيث يفيد التنويم المغناطيسي في تدريب الاشخاص على الاسترخاء عند مواجهة المؤثرات المقلقة (سويف، 1996).

3. **الإعادة الحيوية وتدريب الذات**Biofeedback, Autogenic Training:-

تعتمد هذه الوسيلة على أجهزة خاصة تزود المدمن بصورة مستمرة بالمعلومات عن مدى توتر عضلات جسمه، والموجات التي تظهر في تخطيط مخه الكهربائي، وهذه كلها مؤشرات على مستوى القلق .وتصدر من الأجهزة أصوات مسموعة سريعة في حالات التوتر وبطيئة أثناء الاسترخاء فتساعده على معرفة مستوى الهدوء والاسترخاء المطلوبين من جهة، كما أنها تعلمه السيطرة على نوعية حالة الوعي من جهة أخرى. فالدمن يتعاطى الخمر أو العقار للإثارة أو للوصول إلى« السكينة» ويتعلم بواسطة هذه الأجهزة وخاصة جهاز تخطيط المخ الكهربائي الوصول إلى هذه الحالات من دون استعمال الخمر أو العقاقير.

4. **تأكيد الذات، والتشكيل الاجتماعي الإيجابي**:

يفتقد معظم المدمنين والمتعاطين القدرة على التعبير عن الغضب والعدوان 'المشروع، ويعجزون عن الدفاع عن حقوقهم في المواقف التي تتطلب ذلك بسبب شعورهم بالقلق الشديد عند الحاجة إلى إظهار مثل هذه الانفعالات. فيتعاطى الشخص الخمر ليخفف من هذه المشاعر بدلا من التعبير عنها . ومهمة المعالج تدريب المدمن على ذلك عن طريق خلق المواقف المصطنعة التي يتعلم أثناءها التعبير عن الغضب بصورة فردية أو جماعية. فضلا عن ذلك كله يتعلم المدمن المهارات الاجتماعية الأخرى التي يفتقدها في العادة مثل التعبير عن الفرح أو الشعور بالجميل أو التقرب إلى صديق أو التصرف المناسب في اجتماع ...الخ .وذلك

عن طريق مواقف يقوم فيها المعالج مع مساعده بتمثيل السلوك المطلوب ثم تشجيع المدمن على تقليده وتسجيل سلوكه بواسطة جهاز الفيديو ثم استعراض ما تم خلال الجلسة ليتعرف على اخطاءه وتجاوزها في الجلسة القادمة.

5. العلاج المنطقي الانفعالي (البرت اليس)

ويركز هذا العلاج على تشجيع المدمن على أن يركز على تغيير إدراكه الخاطئ لنفسه وللبيئة .ويرى صاحب هذا العلاج أن الأشخاص والأحداث لا تسبب الاضطراب في حد ذاتها، وإن العامل الأساسي في الاضطراب هو كيفية إدراك الشخص للمواقف، وبذلك تغيير ادراك الفرد وافكاره السلبية التي تدفع به نحو تعاطي المواد المدمنة تساعده على تجنبها (دمرداش، 1986).

6. العلاج السلوكي المنفر:

ويتم من خلال اعطاء المريض مثيرات منفرة وكريهة مع تناوله المادة المؤثرة (مادة ذات طعم مر بصورة شديدة، مادة ذات رائحة كريهة، أو جعله يتقيأ كلما تناولها..الخ) حيث تصبح هناك عملية اقتران بين المادة المدمنة والمثيرات المنفرة، مما يحتم على المدمن تجنب تناول هذه المادة لتجنب الحصول على المثيرات المنفرة.

7. علاج ماتريكس:

يقوم هذا العلاج على استعمال مختلف الوسائل والاساليب التي تساعد المدمن في التخلص من تعاطيه، سواء عن طريق افكاره، وانماطه السلوكيه في التعامل مع الاخرين او البيئة المشجعة على التعاطي، والجدول يوضح ذلك "

نموذج علاج ماتريكس		
النموذج السلوكي	*التدخل*	*الأهداف:*
تدني تقدير الذات والقلق والعداء اللفظي	العلاج بالعلاقات بجعل المريض شخص محوري	وزيادة احترام الذات، والحد من العداوة والقلق
يبني شخصية معيبة، تجاهل المعاني المتبادلة	إعادة الهيكلة المعرفية بما فيها المجموعات العلاجية التوجيهية	الفهم العميق
القلق من المواجهة مثل الخوف من الحشود	إزالة هذه الحساسية	تغير الاستجابة لنفس المواقف
السلوكيات غير المرغوب فيها، والافتقار إلى السلوكيات الملائمة	تجنب هذه السلوكيات، التحكم فيها، ومقاومتها	التخلص من هذه السلوكيات أو استبدالها بأخرى ملائمة
نقص المعرفة	تقديم معلومات	التفاعل مع هذه المعلومات
الظروف الاجتماعية الصعبة	تدخل المنظمات، التعامل مع البيئة، ومشورة الأسرة	إزالة سبب هذه الصعوبات الاجتماعية
ضعف التفاعل الاجتماعي، جمود العلاقات المتبادلة	التدريب في مجال التوعية، والاتصال، والعلاج الجماعي	زيادة العلاقات المتبادلة، والتخلص من حساسية العمل ضمن مجموعة.
السلوكيات الغريبة	التوصيات الطبية	الحماية من المجتمع، والاستعداد لمزيد من العلاج
مقتبس من : *أساسيات إرشادات الاعتماد الاكلينيكي*، منشورات اسين		

العوامل التي تؤثر عل نتائج علاج ادمان المواد ذات التأثير النفسي:

- تقل فرص التحسن للفرد كلما صغير السن.
- استجابة النساء المدمنات للعلاج أسوأ من الذكور.
- كلما كان المدمن مستقرا اجتماعيا ازدادت فرص تحسنه.
- تستجيب الشخصيات المعتله والسيكوباثية استجابة ضئيلة جدا للعلاج.
- كلما كان الدافع للعلاج قويا وكلما كان ا' دمن صريحاً مع نفسه واعترف بإدمانه ازدادت نسبة التحسن.

-ترتفع احتمالات التحسن عند دخول المدمن المستشفى أول مرة وتنخفض مع تكرار دخوله فيه.

- تقبل العلاج يؤدي إلى نتائج أفضل.

- ترتفع نسبة الانتكاس في الشهور الستة الأولى بعد مغادرة المدمن المستشفى. وقد بلغت نسبة المدنين الذين لم ينتكسوا في هذه الفترة ٤% فقط .ولكن لا ينبغي أن يدفعنا ذلك إلى التشاؤم .فالانتكاس مؤقت وعلينا أن نشجع المدمن على مراجعة الهيئة العلاجية فور انتكاسه. وأخيرا فان العمل مع المدمن متعب وشاق ويحتاج لمختص متفان رحب الصدر ولا يعرف اليأس ومؤمن برسالته (دمرداش، 1986)

الفصل الثالث عشر
الانحرافات الجنسية



13

الفصل الثالث عشر

الانحرافات الجنسية

حالة التلصص بوصفها أكثر الانحرافات انتشارا

أنني شاب أعزب أبلغ من العمر 26، نشات في بيئة محافظة وشديدة الخجل والحياء جدا في حضور النساء. وإذا ما خلوت لنفسي رحت اترصد مناظرهن من اي فتحة أو نافذة أو صعدت إلى أعلى الدور لأرى من الأسفل. ليس ذلك فحسب فأنا اراقب جميع النساء في البيوت والمتاجر والأسواق والدوائر، وأتطلع دائما الى مفاتنهن، وحركاتهن. لذا ترسخت لدي هذه العادة واصبحت لا أستطيع الصبر عليها يوما واحدا، فخرت قواي، واضمحلت، واصبحت شديد النحافة بعد أن كنت مكتمل الصحة. فجربت جميع الطرائق لأبتعد عن هذه العادة ولكن من دون جدوى، فلم تكن أرادتي تستطيع التحكم أكثر من أسبوع لتعاودني هذه الممارسات (فرويد وشتيكل، 1970).

الجنس



لكلمة الجنس معنيان، الأول للدلالة على الذكورة والأنوثة وهذا قرار وراثي بحت، والمعنى الثاني يشير الى عملية فسلجية وظيفية تسبق عملية التكاثر وتؤدي إليها (الأمير، 2002) وهنا يعرف الجنس بأنه سلوك يؤدي إلى التكاثر، فهو وظيفة أساسية عند كل كائن حي من نبات أو حيوان أو إنسان.. وظيفته لا غنى عنها مثل التنفس، فالجنس هو رئة الكون التي تجدد من خلالها الكائنات الحية التي تعيش على سطح الأرض، رغم ذلك يختلف الجنس عند الإنسان عن باقي الكائنات الحية

لأنه ينطوي على علاقة نفسية وجنسية واسعة ترتبط بعقله ورغباته واتجاهاته وانفعالاته الجنسية بإنسان، وأي علاقة إنسانية كي تتم لابد من تحركها وتبعثها عاطفة، ومن هنا يظهر شقين أساسين للجنس هما الجانب العاطفي والجانب الشهوي. ويجب أن يتم الجنس الطبيعي الذي جعله الإسلام في أعظم صورة في قوله تعالى: ﴿نِسَآؤُكُمْ حَرْثٌ لَّكُمْ فَأْتُواْ حَرْثَكُمْ أَنَّىٰ شِئْتُمْ وَقَدِّمُواْ لِأَنفُسِكُمْ وَاتَّقُواْ اللَّهَ وَاعْلَمُوٓاْ أَنَّكُم مُّلَٰقُوهُ وَبَشِّرِ الْمُؤْمِنِينَ﴾ (الأحمد، 2010) لذلك الجنس غريزة متأصلة، وحاجة أساسية من حاجات الإنسان، ولا يمكن فصلها عن الهدف الإنساني على الرغم من نعتها بالحيوانية والشهوانية من قبل بعض المتخصصين. هذه الحاجة لا يمكن الاستغناء عنها لارتباط استمرار حياة الانسان وللحفاظ على نوعه(سعد، 1994).فضلا عن ذلك تعد الغريزة الجنسية من أقوى الغرائز والدوافع لدى الإنسان حيث تحمل تأثيرا كبيرا على الصحة النفسية والفكرية والجسدية (السبيعي، 2007) و يقول عالم النفس دوجلاس توم "إن كثيرا من أنواع الصراع العقلي والشذوذ النفسي التي نشاهدها اليوم في الكبار والصغار على حد سواء ترجع بصورة مباشرة إلى المواقف والخبرات السيئة في الأمور الجنسية. وليس هناك من قوة في الدنيا وفي الحياة الفعلية بأجمعها أكثر من تلك القوة إلحاحا في سبيل الظهور على أي شكل من الأشكال، كما أنه ليست هناك أية قوة أو غيرها تلقى من عنت الجماعة والفرد والأسرة في التضييق على حريتها وإحاطتها بالقيود قدر ما تلقى الميول الجنسية من عنت وتقييد" (زهران، 1997). وبما أن عملية أشباع هذه الغريزة لها علاقة بعقل الإنسان ورغباته فأنها تؤدي وظيفتها وسلوكات اشباعها الطبيعية دائما ما تحدد على وفق المعايير الاخلاقية والاجتماعية والسماوية كي تتم بصورة صحية وسليمة غير شاذة، وإلا فأن مخالفة سلوكات اشباع هذه الغريزة بالطرائق الصحيحة والمشروعة يعد انحرافا جنسيا ومرضيا لا يرضى به المجتمع (سعد، 1994). ولذلك فالافتراض الاساس والصحيح للسلوك الجنسي الطبيعي هو تكوين علاقات جنسية مع

الجنس الأخر، وأن يتم الجماع الجنسي عن طريق الجهاز التناسلي للإنثى (كمر، 1989).

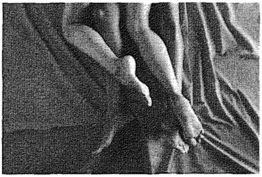
التعريف

- لذلك تعرف الانحرافات الجنسية بأنها : McGuire et.al ,1964
- ممارسات سلوكية جنسية شاذة لا تتفق مع المعايير الاجتماعية والاخلاقية في طرائق اشباع الغريزة الجنسية مثل التلصلص، واللواط، والحيوانية، والممارسة مع الاطفال.
- ICD ,1999 : نشاط جنسي مرضي يوجه نحو اشخاص ليسوا من الجنس الأخر، أو ممارسة افعال ليس لها علاقة بعملية الجماع، أو ممارسة الجماع تحت ظروف شاذة غير طبيعية.
- APA,2000: مصطلح يستعمل لوصف حالة النشوة الجنسية للأشياء أو الحالات التي لا تكون جزءا من المنبهات الجنسية العادية والتي قد تسبب مشاكل نفسية للشخص المتعلق بها
- Miller ,2003 : اضطراب في عملية الارضاء والاشباع الجنسي عبر مجموعة من الممارسات الجنسية غير الطبيعية مثل اذلال الاخرين والتلصلص عليهم او الجماع مع الحيوان وغيرها.
- Moser& Kleinplatz,2005: توجيه الاثارة الجنسية نحو اجزاء جسم الانسان بصورة غير طبيعية أو عبر أذلال الشريك أو توجيهها نحو الاطفال أو الاشخاص دون رضاهم، وبذلك هي ليست جزء من المثيرات الجنسية الطبيعية ولا تنسجم وفق المعايير الاخلاقية والاجتماعية.
- Hewitt ,2005 : حالة مرضية غير طبيعية تنجم عن الممارسات التي لا يكون هدفها الاشباع الجنسي بين طرفين مختلفين في الجنس أو

اجبار الطرف الأخر على اشباع رغبته الجنسية(كالاغتصاب) أو الممارسة مع الاطفال، والحيوانات، او عن طريق اشياء الجنس الأخر.

- السبيعي، 2007: سلوك جنسي يستهجنه المجتمع أو يعاقب عليه كالاستمناء أو اللواط أو الاستعراء أو الاعتداءات والجرائم الجنسية وما إلى ذلك.

لذا يمكن القول أن من خصائص الانحراف الجنسي :



أ. أنه توجه نفسي غير طبيعي.

ب. أنه ممارسة منحرفة تظهر بصورة نشاط تناسلي لا يتفق مع الثقافة أو الأعراف العامة لمجتمعه أو دولته (دسوقي، 1990).

ج. قد لا توجه نحو الجنس الآخر بل اشياء لا صل لها بالموضوع الجنسي كالحيوانات.

مظاهر الانحراف الجنسي

تختلف وتتعدد مظاهر الانحرافات الجنسية، وتقسم هذه الانحرافات بصورة عامة على ثلاثة مجاميع هي:

1. الانحراف الذاتي : وفيه يتم توجيه وتنشيط العادات الجنسية نحو الذات مثل استعمال الاستمناء، والتلذذ بمفاتن الجسم.

2. الانحراف الفردي : وهو من أكثر انواع الانحرافات انتشارا في الرجال ويتم فيه التركيز على جزء معين من جسم الجنس الأخر مثل التلصص على العراة أو الممارسة من دون موافقة مسبقة، والتناقض بين الجنس الجسمي والنفسي مثل التخنث والاسترجال.

3. الممارسة المنحرفة : مثل الممارسة مع الجنس نفسه، أو الحيوان، أو الجثث ..الخ.

4. أنحراف أسلوب الممارسة : ويتمثل بايقاع الأذى في الطرف الأخر بوصفه عامل مهم لأشباع الدافع الجنسي (السادية) أو عكس ذلك الذي يتمثل في تلقي الأذى من الطرف المقابل وللغاية نفسها (المازوخية) (الامير، 2002).

أنواع الانحرافات الجنسية :

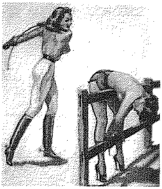
حاول علماء النفس تقسيم المظاهر السابقة الى أنواعها المختلفة من اجل دراستها والتعرف عليها وعلاجها. وهذه الانواع كما حددها كل من (السعدني، 2007) (السبيعي، 2007) (الاحمد، 2010) كالآتي :

1. الجنسية الفمية Oralism: وتعني الحصول على اللذة الجنسية من خلال ملامسة الفم للأعضاء التناسلية.

2. الجنسية الشرجية Analism: وتعني الحصول على اللذة الجنسية عن طريق الشرج، كما يحدث في عملية الاستجناس بنسبة 20٪ تقريبا حسب بعض الدراسات بينما يكون في علاقة الرجل بالمرأة بنسبة لا تزيد عن 0.5٪.

3. اللذة والولع بالأوساخ Coprolalia & Coprophagia: وهي الحصول على اللذة الجنسية من جراء ملامسة أو شم الروائح والإفرازات الجسمية النتنة. وقد تصل درجة هذا السلوك إلى المساواة بالحيوان.

4. التصوير الفاضح Pornography: وهو الحصول على اللذة من خلال كتابة الألفاظ البذيئة ذات الطابع الجنسي على الجدران أو الورق أو ما شابه ذلك، وكذلك هو الحال بالنسبة لكتابة القصص الجنسية الفاضحة والشعر والتعبيرات الجنسية والرسم.. الخ.



5. الســادية الجنســية Sadism Sexual: وهــي الحصول على اللذة الجنسية عن طريق إيقاع الألم والقسوة على الطرف الآخر في العملية الجنســية، وأحيانــا يكــون ذلــك تمهيــدا للعملية الجنسية لدى بعض الأفراد. وعادة ما يكون التعذيب جسديا كالضرب أو إسالة الدماء أو تشويه الجسم أو القتل أحيانا. ويكثر هذا الانحراف بين الرجال منه بين النساء.

6. الماسوشية Sexual Masoshism: وهذه على العكس تماما من السادية حيث يكون الحصول على اللذة الجنسية عن طريق الإحساس بالألم وتعذيب الذات. ويكثر هذا الانحراف بين النساء منه بين الرجال

7. الاحتكاك الجنسي Frotteurism: هو الحصول على اللذة بمجرد الاحتكاك مع الطرف الآخر. وهذا الانحراف منتشر بصورة كبيرة بين الشعوب المكبوتة جنسيا كشعوب أمريكا اللاتينية وبعض البلدان الأفريقية. وعادة ما يكون هذا الانحراف بديلا عن الجماع الجنسي.

8. التطلع الجنسي (السكوبتوفيليا) Scoptophilia: هو الحصول على اللذة عن طريق مشاهدة عملية الجماع الجنسي بصورة مباشرة أو بالتخفي. وغالبا ما يكون المنحرف بهذا النوع من الانحراف الجنسي أحد المصابين بالضعف الجنسي أو المعانين من أمراض الشيخوخة. وعادة ما يعمل المصابون بهذه الانحرافات بالقوادة.

9. الاستعراء الجنسي Exhibitionism: ويقصد به عرض الأعضاء التناسلية لكل من الذكر والأنثى على بعضهما البعض. وينتشر هذا النوع بين الأفراد ذوي القدرة الجنسية الضعيفة، وهو أكثر شيوعا بين الرجال منه بين النساء. وقد تحدث مثل هذه الأمور في الأماكن العامة وأمام الجميع.

10. عشق الذات Autosexuality (النرجسية): وفي هذا النوع يعشق الفرد ملذاته الجنسية وينغمس فيها أو يحب منظره لدرجة أنه قد يغازل نفسه في المرآة، كما قد يعجب المريض بقدراته الجنسية ويعظمها أشد تعظيم.

11. الاستجناس (اللواط، السحاق) Homosexuality: ويقصد به الميل الجنسي القوي وحب الاتصال بشخص من نفس الجنس. وقد يكون ذلك متبادلا أو قد يمارسه شخص واحد. ويميل العنصر السلبي في عملية اللواط (المخنث) إلى إظهار أعراض التخنث كالرقة الزائدة في الكلام والليونة المفرطة في الحركات في سن مبكرة فيقلد النساء في اللبس وطريقة الكلام والمشي.. الخ. في حين يظهر العنصر الموجب في عملية السحاق (المسترجلة) تشبهه بالرجال من حيث الدور في العملية الجنسية ومن حيث القوة والخشونة واللبس.



12. جماع الأطفال Infantosexulality: وهو استعمال الأطفال والصغار والقصَّر للجماع الجنسي. ويصاحب ذلك بعض الأحيان نوع من السادية حيث لا مانع من ضرب الطفل أو حتى قتله أثناء أو بعد الاعتداء عليه. ويعبر هذا الانحراف عن فقدان الفرد لثقته بقدرته على الجماع وذلك بسبب ضغط العادات والتقاليد وقسوتها ونقص الرقابة الاجتماعية.

13. جماع الشيوخ والمسنين Grentosexuality: وهذا الانحراف نادر الحدوث إلى حد ما، وفيه يلتمس المنحرف حنان الأبوة أو الأمومة من الطرف الآخر (المسن).

14. جماع الأموات Necrophilia: وهو جماع السيدات بعد وفاتهن بساعات.

وفي بعض الحالات يلجأ المريض لقتل ضحيته ثم مجامعتها بعد التأكد من وفاتها. وهذا الانحراف عبارة عن مزيج من الانحرافات كالسادية والفيتشية Fetishism والاندفاعية القهرية.

15. البهيمية الجنسية Zoophilia (Bestiality) : وهي الحصول على اللذة الجنسية باستخدام الحيوانات.

16. جماع المحرمات Incest: ويهدف هذا النوع إلى الحصول على اللذة الجنسية عن طريق مجامعة المحرمات من النساء دينيا واجتماعيا وخلقيا. وترتكب مثل هذه الانحرافات والجرائم عادة تحت تأثير المسكر. وعادة ما يكون سبب الانحراف هنا هو ضعف التربية الأسرية بحيث يكون الجو الأسري العام خاليا من الحشمة والتمييز بين الجنسين.

17. العادة السرية Self (Onanism Masturbation): وهي استثارة اللذة الجنسية عن طريق لمس الأعضاء التناسلية والعبث فيها باليد أو بأية أداة أخرى. وهذا النوع أكثر انتشارا بين الأطفال والمراهقين من الجنسين. وتكون نتيجة هذا الانحراف هي المعاناة النفسية الشديدة جراء الصراع بين الرغبة في ممارسة هذه العادة وبين الإحساس بالإثم وتأنيب الضمير.

18. الانقلاب الجنسي Transexualism: وهو الحصول على اللذة الجنسية عن طريق التشبه وأخذ ميزات الجنس الآخر. فالرجل المنحرف يتشبه بالنساء والمرأة المنحرفة تتشبه بالرجال.

19. الفيتشية أو الأثرية أو الكلف أو التوثين Fetishism: وهو التعلق الجنسي بإحدى الأدوات التي تخص الجنس الآخر إلى درجة بلوغ النشوة من جراء لمسها أو رؤيتها، وهذا عادة يكون نتيجة للكبت النفسي.

20. البغاء Prostitution: وهو الاتصال الجنسي في مقابل مادي مع عدة أشخاص بدون وجود عاطفة. وعادة ما يكون ذلك الانحراف وسيلة لكسب المال عند هذه الفئة. ولا يعني ذلك أن هذا النمط محصور في

فئة الفقراء والمحتاجين وإنما يشمل أيضا الميسورين ماديا بل وحتى الأثرياء.

الأسباب

1. **الاسباب الوراثية** : تتمثل الاضطرابات الوراثية بالتشوه الوراثي وذلك عندما يظهر لدى الفرد جهاز جنسي مشوه، إذ نجد الفرد مظهره رجل ولكن لديه جهاز نفسي أنثوي مما يوجه مشاعره نحو جنسه (السبيعي، 2007) وتشير الدراسات الجينية ومنها دراسة Ryan,2003 التي اجريت على مجموعة من الرجال اللواط أن لديهم توافق وراثي في كروموسوم X الذي يدعى Xq28، فكان هذا الكروموسوم المنحرف سببا في ظهور الشذوذ الجنسي لديهم. في حين أشارت الدراسات التوأمية ومنها دراسة Kallmann,1952 التي اجريت على 40 زوج متماثل و 45 زوج اخوي من نفس الجنس ان نسبة التوافق الوراثي بلغ 40 ٪، كما وجدت دراسة KING& McDONALD ,1992 التي اجريت على 46 زوج من التوائم، ان نسبة التوافق الوراثي بين التوائم المتماثلة بلغ 50 ٪، والاخوية 43 ٪. في حين وجدت دراسة Bailey & Benishay ,1993 التي اجريت على مجموعة من التوائم النساء ان نسبة التوافق الوراثي بلغت 48 ٪ للمتماثلة، والاخوية 16 ٪، والاخوات بالتبني 6 ٪. أما دراسة Dean,2004 التي اجريت على مجموعة من التوائم المتماثلة والتوأمية، فوجدت ان نسبة التوافق الوراثي في ظهور الشذوذ الجنسي بلغ 50٪.

2. **الاسباب البيولوجية:** وتتمثل بالاضطرابات الفسيولوجية التي تصيب جسم الانسان كخلل الجهاز العصبي الذاتي أو خلل الجهاز التناسلي أو اختلال إفرازات الغدد والبكور الجنسي أو تأخر البلوغ أو العقم ونقص الخصائص الجنسية الثانوية أو البلوغ الجنسي (زهران، 1988) وتشير

الدراسات أن بعض امراض الفص الصدغي والاماكن القريبة من النواة اللوزية وقرن آمون والفص الجبهوي تؤدي الى الانحراف الجنسي، فمثلا وجدت حالة اصابة بالفيتيشية عند شخص مصاب بصرع الفص الصدغي. ووجدت حالة امرأة مصابة بالشبق الجنسي الجنوني، وتبين أنها مصابة بورم دماغي في الجهة الانسية من نصف كرة المخ. وقد أجرى العالمان (كلوفر وبوسي) تجارب على القردة إذ استئصلا جزءا من الفص الصدغي من الجهتين اليمنى واليسى، واحدثا سلوكا جنسيا اعتدائيا عارما ومنحرفا، ودعيت تلك الحالة بـ(تناذر كلوفر –بوسي) وقد حدث الشيء نفسه عند تحفيز الفص الصدغي مع الإنسان(الدباغ، 1983).

3. الاسباب النفسية :

أ. الصراع بين الدوافع والغرائز، وبين المعايير الخلقية والقيم الاجتماعية، وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسي، والإحباط الجنسي ومخاوف الجنس، والنكوص الانفعالي وسوء التكيف، والخبرات السيئة والعادات غير الصحيحة، وعدم الشعور باللذة والسعادة مما يدفع الفرد للجنس كمصدر للحصول على اللذة المفقودة.. وما إلى ذلك(زهران، 1988).

ب.تعلم الفرد منذ صغره من قبل الوالدين والاقران وغيرهم العادات الشاذة، فعندما يجد الطفل التشجيع والتعزيز يترسخ لديه هذا السلوك، وينشأ فردا منحرفا (الدباغ، 1983).

ج. التوجه الشخصي: تشير الجمعية الامريكية لعلماء النفس والطب النفسي أن لدى بعض الاشخاص خاصية في الشخصية وتوجه نفسي يجد فيه الشخص المتعة والرغبة الجنسية واتمام العلاقة الجنسية مع شريك من نفس جنسه أو شيء غير طبيعي . ووتضمن الافعال

الجنسية والرومانسية الشاذة للمنحرف جنسيا ان يتوجه تفكيره ومشاعره وتصرفاته نحو ذلك الشخص أو الشيء بممارسات قد تتمثل بتشابك الايدي، والعناق، والتقبيل، والممارسة الجنسية الشاذة، ليرتبط هذه العلاقة الشخصية العميقة الشاذة بين نفس الجنس بشكل تكاملي، والذي يظهر بتلبية اهم الحاجات الماسة للحب والمودة والالفة، فضلا عن ذلك فان التوجه الجنسي الشاذ وخاصة بين نفس الجنس لا يشترك بالعلاقات الجنسية فقط بل قد يشتركون بالمبادئ والقيم، والدعم المتبادل، والالتزام المستمر (APA,2010).

د. وأوضحت الأبحاث الحديثة في المدرسة السلوكية والعلاج السلوكي القائم على هذه المدرسة أن نشأه هذه الأمراض سببها تكوين انعكاسات شرطية مرضية في حياة الفرد، كأن تكون أول تجربة جنسية له مع نفس الجنس، وتتكرر هذه العملية حتى يتولد عنده انعكاس شرطي يفيد أن اللذة تصاحب العلاقة مع نفس الجنس، ومن ثم إن محاولة بناء علاقة مع الجنس الآخر، فإصابته بالفشل ستعزز عودته لنفس الجنس، وبالتالي تعزز الإنكاس الشرطي السابق، يزيد على ذلك نشأة المريض في بيئة أسرية تعزز ضعفه، خاصة مع الأم المسيطر والأب الضعيف، وقد فسرت معظم الانحرافات على أساس هذه الانعكاسات سواء الجنسية المثلية، أو الانقلاب، أو السادية، أو الماسوشية أو الفيتيشية... إلخ **(البنا، 2005).**

هـ. التنويع والابتكار : يعد التنويع والابتكار خاصة انسانية، ولهذا فأن من المنتظر دائما ان يسعى الانسان الى ابتكار وتنويع تجربة جديدة في مجال حياته الجنسية، وقد تكون هذه التجربة ابتعادا عما هو طبيعي (كمال، 1983).

و. الأسباب البيئية والحضارية والثقافية والمرضية والصحبة السيئة وسوء الأحوال الاقتصادية ووفرة المثيرات الجنسية..الخ. (زهران، 1988).

الانتشار

تشير الدراسات أن أحصاء عدد الناس الذي يتصفون بالانحراف الجنسي صعب نسبيا، فنسبة الناس الذين لهم تجارب غير سوية من الصعب تخمينه بصورة دقيقة، وذلك بسبب خشية الافراد من عدم تقبلهم من قبل الاخرين (LeVay,1996) رغم ذلك فانه وفقا للدراسات الحديثة نجد أن نسبة انتشار الشذوذ الجنسي بين السكان يتراوح بين 2 – 13 ٪ (Bogaert ,2004) في حين وجدت دراسة احصائية احدث من السابقة بأن 20 ٪ من السكان، يجهلون أن مشاعرهم وافعالهم منحرفة جنسيا، في حين يعرف البعض الأخر انهم منحرفون جنسيا (McConaghy et.al ,2006).

علاج الانحراف الجنسي

1. العلاج الجراحي : يستعمل هذا العلاج إذا كان سبب الانحراف الجنسي بيولوجيا او عصبيا، فاذا كان سبب الانحراف ناتجا عن اصابة في الدماغ (ورم او ندبة) او بسبب تصلب شرايين الدماغ او زهري الدماغ فان ازالة السبب تضمن الشفاء في حين أن بعض الانحرافات الجنسية تتطلب عملية الخصاء كي نتخلص من حالة الانحراف كما في جنون الشبق(الدباغ، 1983).
2. العلاج الدوائي : ويتم باستعمال الهرمونات والمقويات أو عقاقير ضبط الدافع الجنسي، والعلاج بالكهرباء الخفيفة أحيانا، ومضادات الاكتئاب... إلخ.

3. العلاج النفسي : ويعتمد على استعمال التحليل النفسي والعلاج الجماعي والمساندة الانفعالية والشرح والتفسير والإقناع وعلاج القلق والخوف والاكتئاب وتوهم المرض، وإيضاح الأضرار النفسية للإنحراف الشذوذ الجنسي وعلاج الشخصية ككل، وعلاج كل الأسباب النفسية وخاصة أسباب عدم السعادة وتنمية الشخصية نحو النضج. ويفيد هنا العلاج السلوكي (الاشراط السلبي للمثيرات الجنسية للسلوك غير المرغوب بخبرة غير سارة كالقئ أو أي خبرة سيئة أخرى، والاشراط الايجابي للمثيرات الجنسية بخبرة سارة (البنا، 2005).

الفصل الرابع عشر
اضطرابات النوم

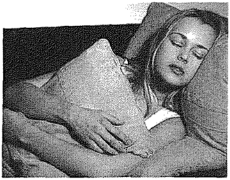


14

الفصل الرابع عشر

اضطرابات النوم

سيكولوجية النوم

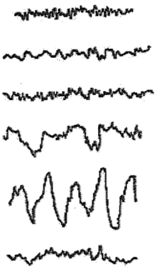


يعرف النوم بأنه حالة طبيعة متكررة يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة وتصبح حواسه معزولة نسبيا عما يحيط به من أحداث(التويجري، 2010) أو هو (حالة من فقدان الوعي التي يمكن للفرد أن يفيق منها بمثير معين(الخالدي، 2000) ويعد النوم من النواحي الطبية النفسية ضرورياً جداً لراحة الإنسان، فهو بمثابة وقود ضروري للجسم والعقل والنفس.. والحرمان منه يؤدي إلى أعراض جسمية ونفسية متنوعة. لذا تتلخص الوظائف الأساسية للنوم من حيث أنه يساهم في ازدياد المناعة وتحسينها، والأشخاص الذين لا ينامون جيداً تضعف مناعتهم كما يحدث للطلبة أثناء الامتحانات مما يجعلهم عرضة للإصابة بالإنفلونزا وغيرها.. ويبدو أن تأثيرات النوم على جهاز المناعة يرتبط بإفرازات الهرمونات الدماغية التي تحافظ على قوة المناعة ودفاعاتها. وكذلك يساهم النوم في تجديد الطاقة الجسمية والعقلية والنفسية التي تصرف أثناء الصحو، ونجد أن الأشخاص الذين لا ينامون جيداً يشكون من التعب الجسمي والذهني ومن التوتر النفسي وسوء المزاج. ويساهم النوم في عملية تثبيت المعلومات التي تدخل إلى الدماغ من خلال تنشيط العمليات التي تحول وتثبت المعلومات في مناطق الذاكرة المختلفة. فضلا عن ذلك أنه يساهم النوم في عمليات حل المشكلات التي يواجهها الإنسان في حياته اليومية، إذ يقوم الدماغ بإعادة برمجة للمعلومات الداخلة وإعادة تنظيمها، ويقوم بطرد المعلومات غير النافعة ويبقي على المعلومات الهامة المؤثرة.. ويعني ذلك أن

العقل لا يتوقف عن العمل نهائياً أثناء النوم بل يقوم بعمليات عقلية انتقائية مفيدة ومتنوعة (المالح، 2011)

وعلى العموم ينقسم النوم الهادئ على أربعة مراحل ، هي:

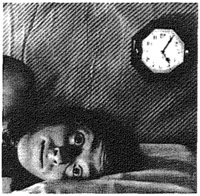
- الأولى: تسمى مرحلة النعاس : ويبدو المرء في هذه المرحلة من الوجهة السلوكية- نائما نوماً خفيفا وقد ينقلب قليلا في الفراش وتتغير إيقاعات موجات المخ الكهربائية (تختفي موجات ألفا تدريجيا وتظهر موجات ثيتا كما تنقبض وتتمدد عين الانسان على فترات من ثانية واحدة الى ثلاث ثوان.
- الثانية: مرحلة النوم الخفيف : وفيها يتغير الوعي بدرجة كافية وتتصف بدرجة أعمق من النوم بحيث إنه عندما نوقظ المرء فإنه سوف يقرر أنه كان نائما ويعيش فترة الاحلام ذات القصة أو الحبكة المتكاملة، رغم ذلك فان تذكر الفرد لهذه الاحلام غير واضحة.
- الثالثة: مرحلة النوم العميق : وبالأخرى مرحلة النوم المريح ويبطئ فيها معدل ضربات القلب ولا تتحرك العينان.
- الرابعة: مرحلة النوم الطويل: وتكون هذه المرحلة طويلة في بداية الليل ولكنها تأخذ في القصر في أواخره وعند خروج النائم من المرحلة الرابعة من مراحل النوم الهادئ، فإنه يمر بفترة نوم تتسم بحركة دماغية تشبه الحركة الدماغية الحادثة أثناء اليقظة أو النوم النقيضي وهو النمط الذي يتصف بحركات العين السريعة (التويجري، 2010) والشكل الآتي يوضح التخطيط الكهربائي للمخ اثناء اليقظة والنوم.



وتتفاوت عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان الطبيعي تفاوتاً كبيراً من شخص إلى آخر. ولكن المؤكد أن عدد الساعات التي يحتاجها الشخص نفسه تكون ثابتة دائماً. فبالرغم من أن الإنسان قد ينام في أحد الليالي أكثر من ليلة أخرى فإن عدد الساعات التي ينامها خلال أسبوع أو شهر تكون عادة ثابتة. ويعتقد كثير من الناس أن عدد ساعات النوم اللازمة يومياً هو ثمان ساعات. وإذا أردنا الدقة أكثر فإن أغلب الأشخاص ينامون من 7- 7.5 ساعات يومياً. وهذا الرقم هو متوسط عدد الساعات لدى أغلب الناس، ولكنه لا يعني بالضرورة أن كل إنسان يحتاج ذلك العدد من الساعات. فنوم الإنسان يتراوح بين أقل من ثلاث ساعات لدى البعض إلى أكثر من 10 ساعات لدى البعض الآخر. وفي دراسة للمركز الوطني للإحصاءات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية، وجد أن اثنين من كل عشرة أشخاص ينامون أقل من 6 ساعات في الليلة، وواحد من كل عشرة ينام 9 ساعات أو أكثر في الليلة. ويطلق على الأشخاص الذين ينامون أقل من 6 ساعات بأصحاب النوم القصير، واللذين ينامون أكثر من 9 ساعات بأصحاب النوم الطويل، ولكنهم طبيعيون. وخلاصة القول أن عدد ساعات النوم التي يحتاجها الإنسان تختلف من شخص إلى آخر، فالكثير يعتقدون بأنهم يحتاجون إلى ثمان ساعات نوم يومياً. وأنه كلما زادوا من ساعات النوم كلما

كان ذلك صحياً أكثر، وهذا اعتقاد خاطئ. فعلى سبيل المثال إذا كنت تنام لمدة خمس ساعات فقط بالليل وتشعر بالنشاط في اليوم التالي فإنك لا تعاني من مشاكل ونقص النوم (بن همام، 2011) رغم ذلك فأن مسار نوم الإنسان قد يضطرب ويواجه مشكلات عديدة نتيجة لبعض المسببات الضاغطة التي تحيط به مما يؤدي ذلك الى الاصابة بالعديد من الامراض الجسمية والمشكلات النفسية. وقد ربطت بعض الدراسات السكانية المختلفة بين قلة النوم وبعض الحالات المحددة مثل الصداع أو النزلات الشعبية أو السكر والألم والأزمات الصدرية وأمراض القلب وأمراض السكر والأمراض الروماتيزمية والاكتئاب وغيره من المشاكل العاطفية وضغوط العمل إلى جانب بعض العوامل النفسية الاجتماعية (السيد، 1997)

تعريف اضطرابات النوم :



- دبابنه ومحفوظ، 1984 :حدوث مشكلة أو خلل في كمية النوم وحدة النوم، وبذلك يحدث لدى الإنسان خلل نفسي وجسمي فيشعر بالتعب والإرهاق الشديدين.
- عودة ومرسي، 1986 : الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الافراد أو سوء نظامه، وهي أما تظهر في بداية النوم أو في أثناءه.
- السيد، 1997 : حالة من القصور وعدم الانتظام في مسار النوم في الليل ينتج عنه مجموعة من المشكلات الجسمية والنفسية.
- APA,1994 :الصعوبات التي يلاقيها الفرد أثناء نومه، وقد تكون اختلالا في كمية وكيفية النوم وتسمى اضطرابات ايقاع النوم، أو

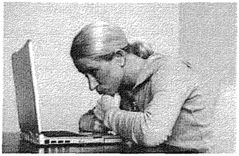
تكون اختلالا في النوم لوقوع أحداث بارزة وتسمى اضطرابات اختلال النوم.

- Hirshkowitz ,2004 : حالة مضطربة لا يحصل من خلالها الفرد الشعور بالراحة والرضا في نومه مما يؤدي الى حدوث مجموعة من المشكلات الجسمية والعقلية والانفعالية.
- ريبر وريبر، 2008 : مصطلح عام يشمل أي حالة غير طبيعية تتصف بها دورة النوم واليقظة بسبب عوامل عصبية فسيولوجية أو عوامل نفسية المنشأ (الجبوري، 2011).
- الجبوري، 2011 : حالة عدم الانتظام التي ترافق النوم من حيث مدته ووقته، أو ما يحدث خلاله من سلوك أو نشاط يتعارض مع حالة النوم الطبيعية، والتي تدل على عدم تحقق النوم بالشكل المطلوب.

تصنيف اضطرابات النوم :

يصنف الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية اضطرابات النوم إلى ثلاثة مجموعات، هي :

المجموعة الأولى من اضطرابات النوم، وتشمل :



1. عسر النوم ويشتمل على : الأرق، والافراط في النوم، وغشية النوم، وانقطاع التنفس، واضطراب إيقاع النوم واليقظة، وعسر النوم غير المصنف.
2. شذوذ النوم ويشتمل على : اضطراب الكابوس الليلي، والفزع الليلي، والمشي أثناء النوم، وشذوذ النوم غير المصنف.

المجموعة الثانية، وهي اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب عقلي وتشتمل على :

1.الأرق المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية، أو اضطرابات الشخصية.

2. الافراط في النوم المرتبط بالاضطرابات الإكلينيكية أو أضطرابات الشخصية.

المجموعة الثالثة، وهي اضطرابات أخرى للنوم، وتشمل على :

1. اضطراب النوم الذي يعزى إلى ظروف طبية.

2. اضطراب النوم الناتج من استعمال العقاقير (APA,1994).

بعض أنواع اضطراب النوم

تقسم اضطرابات النوم كما جاء في (البنا، 2007) و(عكاشة، 1993) على نوعين هما :

أولا : صعوبات النوم Dyssomnias **وهذه تشمل :**

1. اضطراب الأرق Insomnia Disorders هي حالة عدم اكتفاء كمي أو كيفي من النوم، تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت. ولكن لا يجب أن يعتبر معدل الاختلاف في النوم عند تشخيص الأرق، الكمية الطبيعية من النوم.



2. اضطرابات فرط النوم Hypersomnia Disorders : حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم (لا يفسرها عدم كفاية كمية النوم) أو استغراق فترة طويلة للانتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الاستيقاظ. وقد تكون كثرة النوم تعبيرا عن صراع نفسي أو هروب من واقع معين، فينام الشخص نوما عميقا في الصباح المبكر، ثم يصحو بعد الظهر،

ويكون في أحسن درجات التنبيه عندما يأوي لفراشه في المساء. وقد شخص خبراء الصحة المختصين بأمراض مشاكل النوم أن الأشخاص العاديين يحصلون على تشخيص سلبي إذا كان نومهم أثناء الليل لساعات قليلة (أقل من 6- 8 ساعات) أو تم إيقاظهم مرارا أثناء النوم، في حين أن المصابين بمرض النوم الزائد يحصلون على تشخيص سلبي حتى لو حصلوا على نوم مريح ولساعات كافية أي ما بين 6- 8 ساعات يوميا.

3. اضطرابات جدول النوم Sleep – Wake Schedule Disorders : حالة من فقدان التزامن بين برنامج الفرد في النوم واليقظة وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد مما يترتب عليه شكوى كالأرق أو فرط النوم، ومن ثم فإن الفرد المصاب بهذا الاضطراب لا ينام عندما يريد، بل ينام في أوقات أخرى لا يريدها، وتحدث الحالات المعتادة من هذا النوم في حالات الانتقال بالطائرة إلى مسافات بعيدة، وتبديل دورة العمل من نظام زمني مألوف إلى نظام آخر.

ثانيا: مصاحبات النوم Parasomnia **وتتضمن ثلاث مجموعات :**

1. اضطرابات أحلام النوم المفزعة والكوابيس، Night Mare And Terror Disorder : وما هي إلا نوبات ليلية من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي، ويقوم الفرد من نومه جالسا أو واقفا عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي ثم يصرخ صرخة رعب، وفي أحيان كثيرة يسرع إلى الباب كما لو كانت هناك محاولة هروب، ولكن هذه الحالة نادرا ما تحدث، أما الكابوس ما هو إلا خبرة حلم محمل بالقلق والخوف ثم يليه استرجاع تفصيلي شديد لمحتوى الحلم.



2. اضطرابات التجوال أثناء النوم Sleep Walking Disorder : ويقصد به السير اثناء النوم والشخص مغلق العينين، أو تكون عيناه مفتوحتين أحيانا أخرى، بل وأحيانا يرد على بعض الأسئلة. كما تحدث هذه الظاهرة وتكون العضلات مسترخية، فلا يمكن الإتيان بحركة ما، وقد يأتي بأفعال معقدة ومتتالية وربما خطيرة، وتنجم هذه الحالة على وفق أراء بعض علماء النفس بوصفها تعبيرا عن رغبات لاشعورية لم يتح لها الإفراج أثناء اليقظة، لذا يذهب البعض إلى الحمام للتبول أو ينزل على السلم أو يذهب إلى المطبخ ويأكل، أو يفتح خزانة الملابس، ويمكن له أن يخرج خارج المنزل، وفي حالات نادرة يمكن أن يقوم بأعمال معقدة مثل استعمال أحد الأجهزة أو فتح القفل بالمفتاح. وفي حالات أخرى نادرة يمكن أن يتصرف بشكل مؤذ وعنيف إذا كان خائفا أو هارباً، كما يمكن أن يتعرض للأذى والسقوط والكدمات والجروح، وعادة ما تحدث ظاهرة التجوال الليلي للأفراد المصابين بالأحلام المزعجة والمخيفة وغالبا أثناء الثلث الأول من النوم الليلي ثم يسير متجولا مبديا مستوى منخفضاً من التفاعل والمهارة الحركية.

3. الكلام أثناء النومSleep Talking Disorder : وهي حالة يتم فيها ترديد مجموعة من الكلمات أو الجمل المفيدة أو غير المفيدة، أو قد ينادي أو يستجدي بأحد الأشخاص أثناء النوم (البنا، 2007) و(عكاشة، 1993).

ثالثا: مجموعة أخرى، وهذه تتمثل بالآتي :

1. زملة انقطاع التنفس Sleep apnea syndrome : ويشير الى الانقطاع المؤقت للتنفس اثناء النوم، وتظهر هذه الزملة لدى العديد من الاطفال والراشدين مع فروق بينهما، وتمارس العوامل التشريحية والعصبية دورا في نشأة هذه الزملة، لأن حالات ضيق المجرى العلوي للهواء هي المسؤولة عن الاعراض.
2. زملة الأرجل غير المستقرة (الأرجل المتململة) Restless Legs syndrome : أن المشكلة الأساسية لهذه الزملة هي الاضطراب الحس حركي المعقد في الرجل. وتشمل المعايير الأساسية لها الرغبة في تحريك الاطراف، وأحساسات غريبة، وعدم السكون الحركي، وزيادة الأعراض ليلا، والحركات اللاأرداية، والاحساس بالهرش خاصة بين منطقة الركبة والكعب مما يؤدي ذلك الى رغبة شديدة في تحريك الاطراف لتخفيف الآلام. وتلاحظ هذه الزملة أثناء النوم في الليل، وقد تحدث في بداية المساء أو في وقت مبكر من الليل.
3. الرجفات العضلية الليلية Nocturnal Myoclonus : وهو أحساس مؤلم مصحوب بشد عضلي يحدث أثناء النوم، وتستمر تلك التشنجات لثوان معدودة، وفي بعض الأحيان لدقائق مما تسبب في يقظة النائم، وتصبح سببا في أرقه.
4. صرير الأسنان Bruxism : حالة تتمثل بحك الشخص اسنانه أثناء النوم وخاصة في حركة العينين السريعة. مما يسبب ذلك حالة من ألم في الفكين أو تأكل الأسنان أو صداع، وعلى الرغم من عدم معرفة الاسباب الحقيقة التي تقف وراء هذه الحالة فقد تبين أن هنالك علاقة واضحة بين هذا الاضطراب وما يتعرض له الفرد أو الطفل من ضغوط وقلق وخوف (الببلاوي، 2006).

الاسباب

1. **الاسباب الوراثية** : تشير دراسة يسرى عبد المحسن، 1987عن اضطراب المشي أثناء النوم أن هناك عامل وراثي وراء عدد من الحالات... ، حيث ينتشر الاضطراب في نفس العائلة، وعندما يصاب أحد أفراد الأسرة فإن نسبة (10- 20٪) من أقرباء الدرجة الأولى يظهر لديهم ذلك الاضطراب، رغم ذلك فأن العامل الوراثي لا يزال غير محدد، كما أن هناك عدد من المثيرات لنوبات المشي أثناء النوم منها: القلق، التوتر، وخوف امتلاء المثانة، والضجيج، والحرمان من النوم، وارتفاع الحرارة وأيضا نوبات الصداع النصفي، واستعمال الكحول، وبعض الأدوية النفسية (البنا، 2007).

2 – **الأسباب الحيوية** : وتتمثل بالأمراض، والإجهاد الجسمي، والإجهاد العصبي، والتسنين، والتعود على تناول أقراص منومة أو منبهة للسهر.... إلخ.

3 – **الأسباب النفسية** : وتتمثل بالاضطراب الانفعالي، والتوتر، وعدم الاستقرار، والقصص المخيفة (وخاصة عن العفاريت)، والتخويف، وكثرة الهموم، والاكتئاب وعدم الشعور بالأمن، والخوف كما في حالات الخوف من الظلام، ومشكلات الحياة والهروب منها إلى النوم، وعدم إشباع الحاجات، وانشغال الوالدين عن الأطفال نهارا أكثر من اللازم كما في حالة المرأة العاملة.

4– **الأسباب البيئية** : وتتمثل باتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم ومتطلباته وإجبار الطفل لينام في وقت محدد حسب ظروف حياتهم، والنوم مدة أقل أو أكثر من اللازم، واستعمال النوم أو التنويم كتهديد أو عقاب، وأساليب المعاملة السيئة، والعوامل الاجتماعية مثل ضيق المسكن ونوم الأطفال مع الوالدين في الغرفة نفسها.... إلخ (البنا، 2005)

العمر والانتشار :

يقدر المصابين بنوع أو اخر من اضطرابات النوم بحوالي (35٪) من مجموع السكان، في حين أشارت مصادر أخرى إلى نسبة أعلى من ذلك وهي (37٪) في المجتمع الأمريكي(الجبوري، 2011). وقد بينت إحدى الدراسات المتخصصة أن نسبة الأشخاص الذين اظهروا الشكوى من اضطرابات النوم ازدادت من 9٪ بين عمر 20- 29 إلى 21٪ بين عمر 60- 69 وفي دراسة أخرى مشابهة أن نسبة الأشخاص الذين يشكون من اضطرابات النوم كصعوبة النوم أو طول فترة الصحيان أو الاستيقاظ المبكر قد زادت من 23٪ بين عمر (18- 30) إلى 38٪ من عمر (51- 80)، وكذلك أظهرت دراسة ثالثة أن انتشار اضطراب النوم التي ترجع إلى كثرة الاستيقاظ أثناء النوم قد ازدادت من 5٪ (في سن 25) إلى 25٪ (عند عمر 65). كما أظهرت الكثير من الدراسات أن شكوى السيدات من اضطرابات النوم اكثر من شكوى الرجال في نفس السن. ويرتبط اضطراب النوم بالتقدم في العمر وعلى العكس من صغار السن فان كبار السن يقضون وقتا أطول في السرير مع حدوث وقت اقل في النوم ويكون إيقاظهم من النوم اكثر سهولة. أن هذه المتغيرات المرتبطة بالسن في كل من النوم والصحيان هي نتيجة للتغيرات في استمرارية النوم وعمقه وهي نتيجة مفادها أن كبار السن يسهل إيقاظهم من النوم بالمؤثرات الصوتية مما يوحي بأنهم ربما يكونون اكثر حساسية للمؤثرات البيئية (السيد، 1997).

علاج اضطرابات النوم :

فيما يلي توصيات علاج اضطرابات النوم :

1 – **العلاج النفسي :**

ويتمثل بالعلاج الفردي والجماعي وإزالة الأسباب الانفعالية والتقليل من الارتباطات الشرطية مع النوم والتي لا ينام الطفل إلا بها. وإسعاد الطفل طول اليوم وإبعاد التوتر والقلق والخوف.

2– العلاج البيئي :

وخاصة علاج الظروف والضغوط البيئية المسببة للحالة في الأسرة والمدرسة. وعدم نوم الطفل مع الوالدين في الغرفة نفسها ، مع وجود الأم بجوار الطفل عندما يأوى إلى الفراش، وعدم إجبار الطفل على النوم.

3– العلاج الطبي :

ويتم من خلال استعمال العقاقير المهدئة أحيانا ، وعدم تناول المنبهات قبل موعد النوم بوقت مناسب، وتنظيم النوم ومدته ومكانه وموعده ومراعاة الشروط الصحية المناسبة في غرفة النوم مثل التهوية والتدفئة ، واستعمال العقاقير المنومة في حالة الأرق، أو في حالة كسر عادة البكاء طويلا ، وهذه تستعمل للمنع والوقاية أكثر منها كعلاج (البنا ، 2005).

الفصل الخامس عشر
التخلف العقلي



15

الفصل الخامس عشر

التخلف العقلي

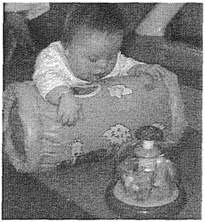
التعريف



تحدد الجمعية الامريكية لعلم النفس التخلف العقلي بأنه انخفاض ملحوظ في مستوى الاداء العقلي (القدرات العقلية العامة) يصاحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهران في فترة معينة من مراحل نمو الطفل (الطواب، 2008). في حين حددت الجمعية الأمريكية للاعاقة العقلية والتطورية AAFDD بأنه انخفاظ ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي، وهذه الاعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشرة من عمره (AAFDD,2008) كما حددته تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي The American Association on Mental Retardation , AAMRبأنه مجموعة من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (70 درجة) وقصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل مهارات : الاتصال اللغوي ، العناية الذاتية ، والمهارات الأكاديمية , وأوقات الفراغ والعمل(الحياري، 2008). ويرجع سبب هذا القصور الى عدم تكامل نمو خلايا المخ أو توقف نمو أنسجته منذ الولادة أو فى السنوات الأولى من الطفولة بسبب ما. والتخلف العقلى ليس مرضا مستقلا أو معينا بل هو مجموعة أمراض تتصف جميعها بانخفاض فى درجة ذكاء الطفل بالنسبة إلى معدل الذكاء العام، وعجز فى قابليته على التكيف (أبو العزائم، 2004).

وبذلك يتميز الافراد المصابين بالتخلف العقلي بإن :

- أدائهم العقلي أقل من الافراد العاديين.
- لديهم نقص في الكفاءة الاجتماعية.
- يظهر في سن مبكر من العمر.
- أنه يستمر مع الفرد طوال حياته، وأنه غير قابل للشفاء (غباري واخرون، 2010).



لذا نستنتج أن التخلف العقلي يطلق على أولئك الذين توقف نموهم العقلي عند مستوى أدنى بكثير من الذي يبلغه النمو العقلي لدى غالبية الناس؛ فالمعوق عقلياً إذاً :هو ذلك الشخص الذي توقف نموه العقلي لسبب ما، فلم يتح لهذا النمو أن يكتمل بل توقف عند حد معين، والمتخلف عقلياً لا ينمو بنفس المعدل الذي ينمو به الطفل العادي، ومن ثم لا يصل إلى المستوى العقلي الذي يصل إليه الشخص العادي، وهذا يعنى أن التخلف العقلي هو حالة توقف كلي أو جزئي للنمو العقلي (بخش، 2000) مما تؤدي الى أنخفاض مستوى الذكاء الذي يتسم بمستوى أقل من المتوسط في وظائفه العقلية، حيث تقدر درجة ذكاء المتخلفين عقليا بأقل من 70 درجة، في حين أن الانواع الأخرى من التخلف تظهر بصورة أقل من ذلك (كولارسو وأورورك، 2005).

النمو العقلي لدى المتخلفين عقليا

تقول نظرية النمو أن الاطفال المعاقين عقليا يمرون بمراحل النمو نفسها التي يمر بها كل الاطفال إلا أن سرعة النمو لديهم تكون بطيئة. في حين ترى نظرية القصور والتمايز أن نمو المعاقين عقليا يسير وفق قوانين خاصة به (غباري وأخرون، 2010) إذ يختلف المتخلفين أو المعاقين عقليا عن غير المعوقين في

الوظائف المعرفية الخاصة، وفي نموها، وقد يكون ذلك راجعا إلى العوامل الوراثية فزيادة الكروموسوم أو نقصه يؤدي إلى التخلف العقلي، كما أن تعرض الأم الحامل إلى أشعة أكس أو تعاطي عقار معين أو اصابة الأم الحامل بأمراض معدية مثل الزهري والحصبة الألمانية قد يؤدي بالطفل إلى صغر حجم الجمجمة، ومرض الدماغ. فضلا أن تعرض الطفل في سن مبكرة إلى الأمراض المعدية مثل الحصبى والغدد النكافية أو إلى المبيدات الزراعية وسوء التغذية قد يؤدي إلى التهاب الجهاز العصبي والاصابة بالتخلف العقلي (رضوان، 2009) وبذلك نستنتج على وفق ما أشار إليه أيرلاند Ireland وتريد جولد Tred Gold أن التخلف العقلي حالة تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وتؤدي إلى عدم اكتمال عمر الدماغ، وعدم تكامل خلايا المخ، أو نمو أنسجته منذ الولادة (البطاينة وأخرون، 2007).

أسباب التخلف العقلي :

1 – الأسباب الوراثية :

وتحدث وراثة الضعف العقلي أما مباشرة عن طريق المورثات أو الجينات التي تحملها صبغيات أو كروموزومات الخلية التناسلية وفقا لقوانين الوراثة، أو غير مباشرة، فبدلا من أن تحمل الجينات ذكاء محدودا فأنها تحمل عيوبا تكوينية أو اضطرابا أو عيبا يترتب عليه تلف لأنسجة المخ أو تعويق نموه أو وظيفته كما في حالة المنغولية.

2 – الأسباب البيئية :

وتتمثل الأسباب البيئية هي بالعوامل المكتسبة غير الوراثية التي تسبب تلفا أو ضررا في نمو الدماغ، وهذه الاسباب توجد في أي مرحلة من مراحل النمو (قبل الولادة، أو أثناء الولادة، أو بعد الولادة) وكالآتي :

أ – قبل الولادة : إصابة الأم الحامل – خصوصا وهي في الشهر الأول من الحمل – بأمراض معدية كالحمى (مثل الحصبة الألمانية أو التيفود)،

أو اضطرابات في دم الجنين، نتيجة لعدم توافق نوع دم الأم مع نوع دم الأب، أو إصابة الأم بالحوادث أو تعرضها للأشعة السينية ، أو تناول الأم الحامل الكحول أو تناول العقاقير ذات التأثير الجانبي الضار خاصة أثناء الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، أو استنشاق الدخان الذي إذ تنتقل آثاره السيئة إلى الجنين سواء أكانت الأم الحامل مدخنة أو كان المحيطون بها هم المدخنون، وكذلك تعرض الأم الحامل للأمراض المزمنة كمرض السكر وارتفاع ضغط الدم، أو سوء تغذية الأم الحامل أو تعرضها للأخطار البيئية كالمواد الإشعاعية والأبخرة الكيماوية. لذا يؤدي كل ذلك إلى اضطرابات في نضج خلايا الجنين، وينتج عن هذا تشوهات خلقية وإعاقات عقلية مثل الإعاقة المنغولية، وبالتالي نقص عقله.

ب – أثناء الولادة : مضاعفات الولادة مبكرا – قبل الأوان - والولادة العسرة، أو النزيف أثناء الولادة، أو اختناق الوليد نتيجة إلتفاف الحبل السري حول عنق المولود ، أو إصابة المولود باليرقان الشديد في الساعات الأولى بعد الولادة مثل تعرضه للبرد أو الحر الشديد.

ج – بعد الولادة : الإصابات (خاصة إصابة الرأس الشديدة في سن مبكرة)، أو الالتهابات خاصة (الالتهابات المخية والسحائية)، أو التشنجات الصرعية وغيرها والتي تؤدي بدورها إلى مضاعفات خطيرة لخلايا المخ أو تعرض الطفل لحوادث التسمم والاختناق، أو تعرضه في مراحل العمر الأولى للإصابة بسوء التغذية الشديد والمزمن، أو تعرضه لحوادث الطرق وحوادث السقوط التي تؤدي إلى نزيف وتهتك في أنسجة الجهاز العصبي المركزي، أو الافتقار إلى مثيرات الإحساس البيئية، أو إصابة الحواس الأساسية للنمو العقلي كالسمع والإبصار... إلخ، تاركة وراءها إعاقة عقلية تختلف درجاتها من حالة لأخرى.

3 – الأسباب النفسية والاجتماعية المساعدة :

وتتمثل بالضعف الثقافي العائلي، ونقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلي السوي، والحرمان البيئي، والاضطراب الانفعالي المزمن في الطفولة المبكرة، والاضطراب الذهاني، والبيئة غير السعيدة والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، والفقر والجهل والمرض (البنا، 2005) و(زهران، 1988).

الخصائص النفسية والجسمية لدى المتخلفين عقليا

أن التحدث عن خصائص المتخلفين عقليا ليس بالأمر السهل لأن التفاوت بينهم يكون قريبا من الفرد الاعتيادي وآخرين بعيدا جدا (غباري وآخرون، 2010). ومن الخصائص العامة التي تظهر لدى المتخلفين عقليا هي :

1. الخصائص التعليمية :

يشير هالان وكوفمان Hallahan &Kauffman أن المتخلفين عقليا يعانون من شدة العجز عن التعلم أو التذكر، وأن الاستراتيجيات التي يستعملونها لتأدية المهام التعليمية بطيئة وغير نافعة، فضلا عن ذلك أنهم يظهرون ضعفا في التعلم التجريدي، وتخيل أو تصور الأشياء وفهمها واستنتاج الاشياء والتوصل الى العلاقات السببية لها (الخطيب، 2010). لذا يظهر المتخلفين عقليا صعوبة في ربط المعاني بالاشياء وتصنيف المعلومات الجديدة وربطها بالمعلومات القديمة، وصعوبة في استيعاب المعلومات المكتوبة (كولاروسو واوروك، 2005).

2. الخصائص المعرفية :

يظهر المتخلفين عقليا صعوبات معرفية متعددة مثل سرعة النسيان، وضعف الذاكرة، وقصور في التركيز والانتباه، وضعف القدرة على التعميم، فعندما نعلم الطفل المتخلف عملية الجمع ونسأله 1+1 فأنه سيجيب 2 ولكن عندما نعطيه برتقاله ونضيف له واحدة أخرى ونسأله كم العدد فانه لا يعرف الاجابة. فضلا عن ما سبق يتصف المتخلفين عقليا بضعف القدرة على تحليل الظاهرة

وتقويمها، وصعوبة في تمييز الاشياء المتشابهة وأوجه الاختلاف بين الأشياء فقد لا يستطيع التفرقة بين المربع والمستطيل، وكذلك يظهر صعوبة في تعلم القراءة والكتابة والخط ويظهر خلطا بين الحروف المتشابهة (غباري وآخرون، 2010).

3. الخصائص اللغوية :

أن نتيجة التأخر في النمو العقلي يعاني الاطفال المتخلفون عقليا من اضطراب وتأخر لغوي، وكلما أشتدت الاعاقة العقلية ازاداد الاضطراب اللغوي حدة، ويظهر الاضطراب اللغوي لدى المتخلفين عقليا في اضطراب الكلام، وانسيابيته، وقلة الحصيلة اللغوية، وعدم الاتساق في المعنى ـ فضلا عن التفكك اللغوي، وكثرة الاخطاء اللغوية عند النطق مثل التشوه اللغوي والابدال والحذف (غباري وآخرون، 2010). وتقدر الدراسات أن 50٪ من المتخلفين عقليا ذوي الدرجة البسيطة لديهم مشكلات في النطق السليم للكلمات عند اشتراكهم في محادثة ما، كما أنهم لا يستعملون الكلمات المناسبة (كولاروسو وأورورك، 2005).

4. الخصائص السلوكية والاجتماعية :



أن حوالي 11 إلى 33٪ من الذين يعانون تخلفا عقليا يبدون سلوكيات عدوانية، كما يظهر البعض منهم سلوك العزلة الاجتماعية، والابتعاد عن الآخرين وينشأ ذلك بسبب عدم فهم حاجات وأفكار المتخلف عقليا وعدم فهم هؤلاء المتخلفين للاشخاص الاخرين مما يؤدي الى سوء التواصل في المواقف الاجتماعية المتنوعة. ومن الخصائص السلوكية الأخرى يظهر لديهم اضطراب يسمى البيكا Pica اي أكل الأشياء التي لا تؤكل مثل الورق والتراب، وكذلك قد يظهرون انماط سلوكية تكرارية من الحركات كالتأرجح وتحريك اليدين مع الحاق

الأذى بالذات وتبليل الفراش والخوف المرضي من اشياء غير مخيفه وأحيانا الخرس الانتقائي أي أمتناع المتخلف أو المعاق عقليا من التحدث إلا مع بعض الاشخاص الموثوقين والمقربين (رضوان، 2009).

5. الخصائص الجسمية والصحية :



يظهر لدى المصابين بالتخلف العقلي مجموعة من الخصائص الجسمية والصحية التي تتميز في ضعف القدرة الحركية المعقدة، والتوازن الحركي، وصعوبات في تعلم المهارات اليدوية، وكذلك تظهر هذه الخصائص في تأخر المشي وقصر القامة.

ويعاني المتخلفين عقليا من مشكلات صحية مختلفة مثل مشكلات ظهور الاسنان، ومشكلات عظمية، ومشكلات في النظر، وفي الجهاز البولي والقلبي. وقد وجدت بعض الدراسات أن قسما من المتخلفين عقليا يعاني من حالات صرعية وأنه أكثر انتشارا بين ذوي الاعاقات العقلية الشديدة (الخطيب، 2010).

تصنيف التخلف العقلي

أولا : الجمعية الامريكية للتخلف العقلي:

أن اشهر التصانيف للتخلف العقلي تلك التي تعتمد على درجة الذكاء، ويرجع تاريخ هذا التصنيف الى عام 1910 عندما وضعت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ثلاث مستويات للتخلف العقلي، والتي هي كالآتي :

1. المعتوهون Idiot : وهم الافراد الذين لديهم ضعف عقلي بدرجة تجعلهم غير قادرين على حماية أنفسهم ضد الأخطار المادية البسيطة العادية، ويعرفهم" بينيه "بأنهم الذين لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم بالكلام إن لم يكونوا مصابين بالصمم أو البكم أو اضطراب أجهزة الكلام

بل يكون العجز عندهم راجع إلى نقص القدرة العقلية العامة، ويكون كلامهم مكون من مقاطع بسيطة وأصوات غير مفهومة، ويكون فهمهم لما يقال لهم محدود بحيث لا يصل إلى أكثر من تلبية الأوامر البسيطة، وأن هؤلاء لا يمكنهم أن يتعلموا بالمدارس أو أن يقوموا بأي عمل مفيد، بل أنهم يحتاجون إلى من يرعاهم ويطعمهم ويعتني بهم ويتم تعريفهم بأنهم ضعاف العقول الذين لا يصل عمرهم العقلي إلى أكثر من ثلاث سنوات مهما بلغ عمرهم الزمني، أو أنهم من يقل نسبة ذكاءهم عن ٢٥درجة.

2. البلهاءImbeciles هم الذين يكون الضعف العقلي لديهم ظاهر لدرجة تجعلهم غير قادرين على رعاية أنفسهم أو مباشرة مصالحهم الخاصة وليس لديهم القدرة على تعلم ذلك، ويتميزون عن المعتوهين بأنهم يستطيعون بالتدريب حماية أنفسهم من الأخطار المادية الخارجية كأن يحموا أنفسهم من الحوادث وغيرها، بالإضافة إلى أن درجة الإدراك لديهم تؤدي بهم إلى الوصول إلى منازلهم بعد تعويدهم على هذا وتدريبهم عليه. وهم لا يستطيعوا التفاهم مع غيرهم بالتعبير اللغوي التحريري رغم إعطائهم الفرصة والوقت الكافي لتعلم الكتابة وهم وإن كانوا يستطيعون عد الأرقام الأولى إلا أنهم لا يستطيعون القيام بالعمليات الحسابية البسيطة، ولكن عن طريق العناية الفردية يمكن تعليمهم القراءة والكتابة لبعض الكلمات البسيطة ذات الحروف القليلة، وتعلمهم الأرقام البسيطة والجمع والطرح، إلا أنهم لا يستطيعون عمل أي رسم هندسي، وليس لديهم قدرة لإدراك الناقص من الصور لذا لا يمكن تعليمهم في المدارس العادية. إن هذه الفئة تحتاج إلى رعاية خاصة فمن الممكن تدريبهم على بعض الأعمال اليدوية الآلية التي لا تتطلب أي تصرف أو تغيير في الحركات، كما يمكن إشراكهم في أعمال

النظافة، وتعويدهم بعض العادات المفيدة، إلا أنه لا يمكنهم الاعتماد على أنفسهم في كسب العيش لعجزهم عن الإنتاج المادي الكافي لذلك، وعدم وجود فكرة واضحة لديهم عن عملية تدبير النفقات الضرورية.

3. المأفونونmorons : هم الأشخاص الذين لا يصل الضعف العقلي لديهم إلى درجة البله إلا أنه يكون ظاهراً لدرجة تجعلهم يحتاجون لرعاية وإشراف وضبط لحماية أنفسهم أو لحماية غيرهم منهم، فهم الأطفال الذين يظهر أنهم غير قادرين على الإفادة الصحية من التعليم بالمدارس العادية. ولا يستطيعون التفاهم بالكلام أو الكتابة مع غيرهم، ولكن يبدو فيهم التخلف الملحوظ في التحصيل و كسب المعرفة عن زملائهم العاديين المتواجدين معهم في نفس الظروف. وهذه الفئة لا تستطيع الوصول إلى أكثر من الصف الثاني بالمدارس العادية، لكن من الممكن تعليمهم في مدارس خاصة على أيدي مدرسين فنيين في العمليات الحسابية البسيطة، والتدريب على بعض الأعمال اليدوية والصناعات البسيطة .وهم يتميزوا عن البلهاء بأن لديهم قابلية للتمرن على القيام بأعمال مفيدة لهم في كسب العيش وذلك في حالة وجود إشراف مناسب مع صبر وعطف المشرفين عليهم ورغبتهم الأكيدة في مد يد المساعدة لهم، وتلك الأعمال تكون من النوع الذي لا يحتاج إلى ابتكار أو تغيير في سير العمل. إن هذه الفئة تستطيع العمل في وسط الجماعة أكثر من العمل الفردي في العزلة خاصة إذا كانوا يتمتعون بالاتزان الانفعالي ومن أهم الأعمال التي يمكنهم مزاولتها، أعمال النظافة والأعمال التي لا تحتاج إلى تحمل مسئولية(البطاينة واخرون، 2007) و(الحبش، 2000).

ثانيا: التصنيف التربوي:

وقد وضع من قبل العالم كيرك Kirk وهو يعتمد على أساس مدى قابلية الفرد للتعلم ، ويقسم المتخلفين عقليا إلى ثلاث فئات ، وكالآتي :

1 – فئة القابلين للتعلم :وتتراوح نسبة الذكاء ما بين 50 - 75 درجة.

2 – فئة القابلين للتدريب :وتتراوح نسبة الذكاء ما بين 25- 29 درجة.

3 – فئة غير القابلين للتعلم ولا التدريب وتكون نسبة الذكاء فيها اقل من 25 درجة (أحمد، 1997) .

ثالثا : تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994 للتخلف العقلي :

وقسمت التخلف العقلي الى مستويات عدة، وهي:

1. التخلف العقلي البسيط :

وتمثل هذه الفئة 85٪ من جملة المتخلفين عقليا، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 50- 70 درجة، وتتميز هذه الفئة بضعف التواصل الاجتماعي، وقلة مستوى الخبرة مثل عدم معرفة اسماء الاشياء، وضعف الادراك السمعي والبصري، وضعف الحصيلة اللغوية، وكثرة عيوب النطق، وعدم معرفة اسماء الأشهر والفصول، وكذلك يكون تعليمهم بطيئا. رغم ذلك فأن هذه الفئة يمكنها اكتساب مهارات دراسية مثل القراءة والحساب والكتابة، ويمكنهم تعلم بعض مهارات التواصل، ومراقبة الاماكن والتغيرات التي تحدث فيها، وتعلم بعض المهن اليدوية التي تؤهلهم للحصول على عمل بسيط في المصانع والشركات الحكومية.

2. التخلف العقلي المعتدل :

تمثل هذه الفئة نسبة 10٪ من جملة المتخلفين عقليا، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 35- 50 درجة، ويعاني هؤلاء من الصعوبات السابقة نفسها ولكن بدرجة أكثر شدة. ومعظم علميات التعليم التي توجه لهذه الفئة تتعلق باللغة والكلام ورعاية أنفسهم والتدرب على بعض المهارات التعليمية والاجتماعية والشخصية، ويمكن لأطفال هذه الفئة القيام ببعض الاعمال اليدوية التي لا تتطلب مهارة فنية مثل الرسم وصنع الابواب والشبابيك أو صنع معدات معقدة

ولكن مثل التنظيف وترتيب الأشياء، فضلا عن أنهم يستطيعون تعلم بعض المهارات اللازمة لمساعدة الذات، وتقديم بعض المساعدات في نطاق الأسرة.

3. التخلف العقلي الشديد :

يتفق الباحثون على أن أفراد هذه الفئة يمثلون 3٪ من جملة المتخلفين عقليا، وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين 20- 50 درجة، ومن أهم خصائص هذه الفئة أن المتخلف يعتمد على غيره، ولا يعرف أسمه، ولا يستطيع أن يعبر عن نفسه بالكلام، ويفشل في أكتساب العادات الأساسية مثل التغذية وضبط عملية الاخراج، فضلا عن ذلك يعجز عن حماية نفسه من الاخطار، ولا يستطيع تحمل المسؤوليات، ولا يستطيع أن يكون العلاقات الاجتماعية، ويفشل في أدراك الزمان والمكان، ولا يستفيد من الخبرات اليومية ؛ لذا يكون المتخلفون في هذه الفئة في حاجة إلى اشراف ورعاية كاملة لمدى الحياة، مع ضرورة التدريب المتواصل على تعلم المهارات الحياتية.

4. التخلف العقلي الحاد

أن الافراد في هذه الفئة يمثلون نسبة 2٪ من جملة المتخلفين عقليا، ويقل مستوى الذكاء لديهم عن 20 درجة، ولديهم قصور شديد جدا في الاستعدادات اللازمة لنمو اللغة والكلام واساليب التواصل، وعجز واضح في الكفاءة الشخصية والاجتماعية، وضعف القدرة على الادراك الحسي.

رابعا : التصنيف الاكلينيكي :



وهو تصنيف يظهر مجموعة من الامراض ذات الاصول الوراثية التي تتميز بانخفاض ملحوظ في مستوى الذكاء والقدرات العقلية، ومن هذه الامراض هي :

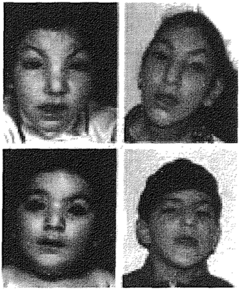
1. المنغولية Mongolism : و يدعى المرض أيضا باسم (لزمة داون Down's Syndrome

ويحدث بنسبة 1 لكل 6.. – 7.. من الولادات. ومن أعراضه تكون الجمجمة صغيرة ومكورة، والوجه والمؤخرة مسطحين وفتحة العينين ضيقة ومنحدرة إلى الداخل والأسفل (كالجنس المغولى) وتكون الأطراف قصيرة والجهاز العضلى ضعيف. وللمنغولى مقاومة ضعيفة تجاه الالتهابات والأمراض وهو لذلك يتعرض للإصابة بشتى الالتهابات الجلدية والصدرية. وينقسم هذا المرض إلى نوعين: ينقسم إلى نوعين بالنسبة إلى ترتيب الكرموسومات :

- المجموعة الأولى : وتشمل 75٪ من حالات المنغولية ولها علاقة بعمر الام إذ تزداد نسبته كلما ارتفع عمر الام أول زواجها وتمتاز المجموعة بوجود 3 كروموسومات فى الموقع 21 بدلا من 2، أى أن مجموع الكروموسومات الكلى يصبح 47 بدلا من 46.
- المجموعة الثانية : وهى تشكل 25٪ من حالات المنغولية، 3- ولا علاقة لها بكبر عمر الأم، 4- بل توجد قى الزوجات الشابات مع ميل للتكرار فى نفس العائلة وتمتاز بوجود 46 كروموسوم كالفرد الطبيعى لكنه يتخلل الكروموسومات اضطراب فى الموقع والتركيب فى المواقع 15 و 16 و 21.

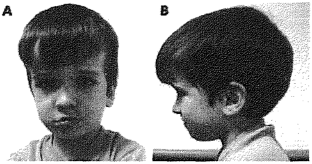
ومن الأسباب التى اكتشفت حديثا كعامل مسبب فى عدم انتظام الكروموسومات أو تعددها هى: التهاب الكبد الوبائى للأم، وقد اعتبرت الإشعاعات (الذرية وأشعة اكس) كسبب محتمل آخر لحدوث المنغولية (أبو العزائم، 2004).

2. حالات صغر حجم الدماغ(Microcephaly) :

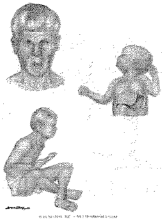


تبدو مظاهرها في صغر حجم محيط الجمجمة مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني , وغالباً ما يأخذ الرأس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المعكوس أو حبة الكمثرى المعكوسة.ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول ، وصعوبات في المهارات الحركية العامة والدقيقة ، مقارنة مع نظائرهم من الأطفال العاديين.أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية وغالباً ما تقع هذه الحالات في فئة الإعاقة العقلية الشديدة ، والشديدة جداً (الحياري، 2008).

3. حالات كبر حجم الدماغ(Macrocephaly) : تبدو مظاهرها في كبر



حجم محيط الجمجمة مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة. ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة ، مقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين (الحياري، 2008).



4.مرض (فينل كيتون يوريا) : وينشأ المرض عن الخطأ فى تمثيل وتحويل الحامض الأمينى الأساسى (فينل الانين) Phenylalanine إلى مادة (التايروسين) Tyrosine وعندئذ يتجمع ويتكاثر حامض الفنيل الانين ويتحول إلى مادة ضارة هى حامض (فنيل بايروفيك Phenylpyruvic) ويرجع الخطأ إلى فقدان أنزيم خاص يدخل فى تلك العملية التمثيلية. والسبب هو جين وراثى مستتر ويكون الطفل بادئ الأمر طبيعيا لكنه بتقدم الزمن تظهر عليه علامات المرض وهى التأخر العقلى وابيضاض البشرة واصفرار الشعر وازرقاق العينين (الطفل الأشقر فى العائلة السمراء) والصرع والحركات اللاإرادية فى الأطراف، والالتهابات الجلدية. ويتم التشخيص بفحص البول الذى يظهر تفاعلا خاصا مع محلول كلوريد الحديديك وبفحص الدم عن كمية (الفنيل الانين) بأجهزة الطيف الكيميائية وغيرها. أما علاج هذا المرض يجب ان يبدأ بصورة مبكرة ولذلك يقتضى فحص كل وليد عن وجود المرض فى الأسابيع الأولى ويعتمد العلاج بالدرجة الأولى على تزويد الرضيع بحليب خاص لا يحتوى على بروتين الفنيل الانين وهو غذاء باهظ التكاليف ويستمر عدة سنوات (ابو العزائم، 2004).

علاج الضعف العقلي :

1 – العلاج الوقائي :

وصف سكوت وكارين Scott&Carran ثلاث مستويات من الوقاية للتخلف العقلي، وهي :

أ.الوقاية الأولية : وتركز هذه الطريقة على تقليل عدد الاطفال الذين يولودون وهم مصابون بالتخلف العقلي أو المولودون باوضاع قد تؤدي الى التخلف العقلي، وتقوم هذه الطريقة على رعاية الأم الحامل وتعليمها مخاطر التدخين والمخدرات والابتعاد عن الملوثات.

ب. الوقاية الثانوية : وتكون من خلال تزويد الطفل ببرامج تعليمية قبل دخولهم المدرسة، كما تقوم هذه البرامج على تعليم الطفل كيفية ارتداء ملابسه، ومهارة تنظيف نفسه، ومهارة اللعب مع الآخرين، ومهارة السلامة، واطاعة القوانين الاجتماعية.

ج. الوقاية من الدرجة الثالثة : وتركز على تنظيم البية التعلمية والاجتماعية بحيث يتم استغلال طاقات الاطفال الذين يولدون متخلفين عقليا إلى أقصى قدر ممكن، ومن التدريبات والنشاطات تعليم الاطفال كيفية اتخاذ القرارات، وحل المشكلات، وتعلم المعارف والرموز اللغوية فضلا عن النشاطات الحياتة الأخرى (الجمعية الأمريكية للمعاقين عقليا، 2006) و(البطاينة واخرون، 2007).

2 – العلاج العضوي، ويتم من خلال الآتي :

أ – بالوسائل الطبية اللازمة حسب الحالة والرعاية الصحية العامة :وخاصة حين يكون الضعف العقلي مصحوبا بأمراض جسمية، وعلاج أي خلل في أعضاء الإحساس، علاج حالات خلل إفراز الغدد الصماء، وعلاج الأم والطفل في حالات استسقاء الدماغ، واستخدام الأدوية المهدئة للتحكم في السلوك المضطرب والنشاط الزائد، وتنمية الوعي الصحي واكتساب العادات الصحية السليمة.

3 - العلاج النفسي :

ويشمل التوجيه والإرشاد للوالدين لأن مجرد معرفة أن طفلهما ضعيف العقل حقيقة مرة ومساعدتهما نفسيا في تحمل المشكلة والقيام بمسئولياتهما وتوجيههما وقائيا وعلاجيا، وتعديل اتجاهاتهما نحو الطفل، وعلاج ما قد يظهر لدى الطفل من قلق وعدوان وسلوك جانح، فضلا عن تنمية مفهوم موجب للذات ومساعدة الطفل على تقبل ذاته، وتعديل البيئة والمثيرات الاجتماعية وأوجه الترويح والنشاط المهني والعلاقات الاجتماعية بما يكفل تحقيق الأمن الانفعالي والتوافق النفسي السوي.

4 – العلاج الاجتماعي :

ويشمل رعاية النمو الاجتماعي سعيا لتحقيق التوافق الاجتماعي لضعاف العقول. ويتضمن ذلك الإشراف العلمي المتخصص على عملية التنشئة الاجتماعية على وفق إمكانية وقدرة ضعيف العقل، وتعليمه وإكسابه المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية، وتنمية ميوله وتهذيب أخلاقه، والتدريب على السلوك الاجتماعي السوي المقبول، وتصحيح أي سلوك خاطئ أو مضاد للمجتمع ومساعدته على المحافظة على حياته وحمايته من استغلال الآخرين، وإيوائه إذا استدعى الأمر في إحدى المؤسسات الخاصة حسب حالته (البنا، 2005).

5 – العلاج التربوي :

ويشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكن من استثمار ذكائه المحدود وطاقاته وإمكانياته بأفضل طريقة ممكنة وإلى أقصى حد ممكن وتعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للمعرفة، وإعداده مهنيا ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته بما يحقق له التوافق الاقتصادي (زهران، 1988).

الفصل السادس عشر
اضطرابات النمو الشاملة



16

الفصل السادس عشر

اضطرابات النمو الشاملة

ما هي اضطرابات النمو الشاملة؟ pervasive developmental disorders:



يشير هذا المصطلح الى حالات الاضطراب العام في التطور، أي الى الأطفال الذين تظهر لديهم العديد من المشكلات في أساسيات التطور النفسي في الوقت نفسه وبدرجة شديدة، لذا فأن اضطربات النمو الشاملة هي مجموعة من الاضطرابات تتميز بشذوذات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، و في انماط التواصل، و بمخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات و النشاطات. و تتمثل هذه الشذوذات الكيفية سمة منتشرة في أداء الطفل في كل المواقف، و أن كانت تختلف في درجتها (SCAR , 2005) و (منظمة الصحة العالمية، 1999 ، ص 256). و قد وصفت هذه الاضطرابات لأول مرة من قبل الطبيب النمساوي أندريه ريت A. Rett عام 1965 حينما ظهرت أعراض تدهور النمو آنذاك على 22 انثى من الرضع بعد ست شهور من الولادة من دون سبب واضح (الشربيني ، د. ت ، ص 136).

و هناك مجموعة من التعريفات يمكن أن نستدل من خلالها على مفهوم اضطرابات النمو الشاملة، و منها ما يأتي:

- Millier , 2003: مجموعة من الاضطرابات تتميز بضعف واضح في تطور مجالات حياتية متعددة، من ضمن ذلك الضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي، و مهارات الاتصال اللفظية و غير اللفظية، و أنشطة التخيل والاهتمامات النمطية و السلوكية.

- Muhle , 2004: اضطراب يتكون من خمسة حالات مختلفة هي التوحد، واضطرابات النمو الشاملة غير المحددة، ومتلازمة اسبيرجر، ومتلازمة رايت، واضطراب الطفولة التفككية، هذه الاضطرابات متجمعة بسبب التشابهات فيما بينها، وكذلك تتضمن مشكلات مشتركة وكثيرة الشيوع في المهارات والقدرات المعرفية والاجتماعية واللغوية.
- المؤسسة العالمية للامراض العصبية NIN ، 2004: مجموعة من خمسة اضطرابات تتميز بتأخر تطور الوظائف الانسانية الاساسية المتعددة من ضمنها ضعف الاندماج في المجتمع، وضعف التواصل معه.

اعراض اضطرابات النمو الشاملة (العلامات و الصعوبات):

تتضمن هذه الاضطرابات مجموعة من الاعراض العامة، التي تختلف فيما بينها في مستوى الشدة و الوظيفة، فضلا أن الاطباء غير قادرين لحد الآن على وضع خطوط عريضة و واضحة في تشخيصها بدقة، و التفريق بينها على وفق نوع الاضطراب الذي ينتمي الى تلك المجموعة من الاضطرابات. مما يعطي صعوبة في تشخيصها بصوردة دقيقة الى عائلة المريض مما يسبب للعائلة الاحباط، و يجعلهم قلقين بشأن التشخيص. (Lord & Cook , 2000)

فضلا عن السابق أن ليس هناك اختبار تشخيصي واحد يمكن أن يعطينا تقرير أذا ما كان الشخص لديه اضطراب التوحد، فالطريقة الوحيدة لتقرير أذا ما كان الطفل لديه التوحد او احد هذه الانواع، هو من خلال الملاحظة الخبيرة لسلوك الطفل، ومعرفة انماط سلوكه، وتاريخ عائلته، و مصادر أخرى تشخص ما يمكن أن يفعله الشخص (Johnson & Myers , 2007)

على العموم تتميز اضطرابات النمو الشاملة بمجموعة من الاعراض العامة، و هذه على وفق تصنيف جمعية الامريكية الطب النفسي كالآتي:

- تدني بعض مستوى القدرات العقلية.
- الضعف اللغوي.
- سلوك تكراري.
- ضعف اقامة العلاقات الاجتماعية و التواصلية.
- استجابات انفعالية غير ملائمة.(**DSM VI , 1994**)

صعوبات مجالات النمو في اضطرابات النمو الشاملة

قبل التطرق في ضعف المجالات الحياتية لكل مجال معين من المهم أن نذكر أن ليس جميع الاطفال المصابين باضطراب معين من اضطرابات النمو الشاملة يكون متأثرا في جميع هذه المجالات الدرجة نفسها، إذ تتفاوت درجات تأثر المجالات في كل فرد، حيث يتأثر مجال ما بصورة متوسطة، في حين أن مجال أخر يتأثر بدرجة شديدة. كما أنه لا يوجد فردان مصابان باضطراب معين، و يعانيان بالدرجة نفسها من الاعراض، فعلى سبيل المثال: قد يكون الطفل متأثر بدرجة شديدة في المجال الاجتماعي، و يمكن أن يكون جيدا في المجال المعرفي، على العكس من فرد أخر قد يكون متخلف جدا في المجال المعرفي، و جيدا في المجال الاجتماعي.(NICHCY , 2003)

- **الضعف اللغوي:** يعاني المضطربين بالنمو الشامل من ضعف لغوي قد يصل لدى البعض الى حد العجز، كما قد يعاني البعض من ضعف في اللغة البنائية فقط (أي استعمال القواعد الاساسية و تشكيل الجمل)، لذا تكون مهاراتهم اللغوية غير سليمة. فضلا عن ذلك يعاني المضطربين بالنمو الشامل بضعف في فهم اللغة الدراجة، والتي تتمثل بالقدرة على استخدام اللغة في السياق الاجتماعي اليومي، سواء كانت هذه اللغة في الاشكال اللفظية، والغير لفظية مثل لغة الجسم، وتعابير الوجه. (Cohen & Donnellan, 1997)ويعتقد الكثير من المختصين ان الضعف اللغوي من أكثر وأهم المشاكل، وهناك 50 ٪ من المتوحدين لا

يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشكلات في التواصل اللغوي، ومثال على ذلك تأخر النطق وانعدامه، وعدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين، وعدم القدرة على تسمية الأشياء، و استعمال كلمات وجمل من دون معنى، و الترديد كالببغاء(SCAR , 2005) .

- **الضعف الحركي:** يعاني العديد من المضطربين في النمو الشامل صعوبة في المجال الحركي، إذ يعانون من تأخر في العمليات الحركية، مثل صعوبة أستخدام العضلات الكبيرة في الركض، و استخدام الحركات الدقيقة التي تتطلب توظيف العضلات الصغيرة كما في الاكل، و الكتابة، و تنظيف الجسم. وقد يظهر المضطربين بالنمو الشامل حركات تكرارية مثل التأرجح أو التصفيق بالذراع .(Fine, et. al. ,1994)

و من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام المصابين بأحد اضطرابات النمو الشاملة بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل دون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادة ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، و يقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها: اهتزاز الجسم، ورفرفة اليدين، وفرك اليدين، وتموج الأصابع، وغيرها .(SCAR , 2005)

لذا فأن لغة جسم المضطربين بالنمو الشامل غير عادية مثل المشية غير المتساوية، و وضع الايدي بطرق غريبة، و هذا الأمر ينتشر بصورة أكثر لدى المصابين بمتلازمة اسبيرجر. فضلا عن ذلك يتميز المضطربين بالنمو الشامل بالتخطيط الحركي السيء عبر عمل حركات متسلسلة مثل صعود الدرج .(Fine, et. al. ,1994)

- **الضعف الحسي**: يعاني المضطربين في النمو الشامل من فرط الحساسية في السمع، والشم، و اللمس، والرؤيا، و حتى الذوق. وهذه مشتركة في جميع اضطرابات النمو الشامل، كما أن نفس الطفل يمكن أن يكون لدية افراط أو تدني في احد حواسه، وهذه تختلف على وفق نوع الاضطراب.



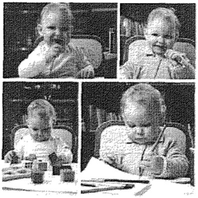
هذه الحالات الشاذة يمكن أن تتضمن أية واحدة من حواس الطفل الخمسة أو جميع الحواس على الاطلاق، ولكن الشائع على الاكثر هو تأثر حاستان فقط(Hirsch,1996).

- **الضعف الاجتماعي**: تتفاوت القدرة الاجتماعية و الاتصال بالاخرين لدى المضطربين بالنمو الشامل من اضطراب الى أخر، من شخص الى أخر، فبعض الاطفال قد يفشلون في عناق الآخرين، ويمكن أن يكونوا قاسيين وعدائيين في مواقفهم الاجتماعية، في حين أن الآخرين يكونون حنونيين وودودين بأفراط. ويشترك المضطربين بالنمو الشامل بقلة الاتصال البصري، حيث يكون تواصلهم بالعين قليل جدا، وكذلك يفضل هؤلاء المضطربين في الغالب الاتصال مع الاجسام المادية كالالعاب على أن يتواصلوا مع الناس الأخرين. و قد يكون بعض المضطربين يرغبون بالتفاعل مع الناس، (مثل المصابين باضطراب متلازمة اسبيرجر) ولكنهم يفتقرون الى المهارات الاجتماعية الضرورية لعمل ذلك.

- **ضعف الاستجابة الانفعالية**: يعاني المضطربين بالنمو الشامل من تدني القدرة على الوعي بمشاعرهم، ومشاعر الأخرين، لذا يكونون أقل فهما للمشاعر والدوافع، كما يكون بعضهم أقل تعاطفا و تعاونا معهم. ويظهر هذا الضعف في تدني القدرة على التعبير عن المشاعر،

وايصال الرسائل الانفعالية سواء بالنبرة و النغمة الصوتية. وكذلك يتميز المصابين باضطرابات النمو الشاملة بضعف الوعي الانفعالي الذي يتمثل في ضعف القدرة على قراءة التعابير الوجهية، ولغة الجسم، لذا يكونون غير حساسين ومتعاطفين مع مشاعر الغير و عواطفهم (Kalmanson ,1992).

- **الضعف المعرفي:** يعتمد الذكاء و القدرات المعرفية الاخرى على وجود عقل سليم وحواس سليمة قادرة على اكتساب المهارات والقدرات من المجتمع المحيط بالمتوحد، وكلما زادت المكتسبات زادت درجة الذكاء، وبما أن الطفل المضطرب بالنمو الشامل منعزل عن مجتمعه ورافضاً له فإن مكتسباته تكون قليلة والتي قد تظهر من خلال بعض علامات التأخر العقلي، لذا فإن نسبة 30 ٪ من الاطفال المصابين باضطرابات النمو الشاملة يكونون مصابين بتخلف عقلي أقل من 50 نقطه (SCAR , 2005)



إن نتيجة ما يعانية الاطفال من أعراض سيؤثر حتما على حياتهم اليومية، و بذلك فأنهم معرضين الى القلق، مما يبدي بعضهم سلوكيات سلبية في التوافق مع مواقف الحياة، مثل اصدار نوبات غضب، و بكاء، أو الاختباء في أحدى الزويا والتظاهر أنهم لا يسمعون أحد. و هذه السلوكيات تختلف من اضطراب الى أخر، و من شخص الى شخص أخر(Herbert , 2005).

ظهور الاضطراب و نسبة الانتشار:

يظهر اضطراب النمو الشامل في الطفولة المبكرة، و بصورة نموذجية خلال عمر ثلاثة سنوات، أي بحوالي 30 شهرا (Jorde et. al , 1991)و تشير الدراسات

بأن الاولاد يصابون به أكثر من البنات بنسبة (4) ذكور مقابل أنثى واحدة، في حين تقدر نسبة انتشار هذا الاضطراب في استراليا بأصابة 6 اشخاص لكل 10,000 شخص (Ritvo et. al , 1989) و(الحمدان والسويد، د.ت ، ص 7)

أسباب الاصابة باضطرابات النمو الشاملة

اغلب حالات اضطرابات النمو الشاملة (حوالي 90 ٪) اسبابها الحقيقية غير معروفة. كما لا يوجد دليل حاسم يثبت دور اي من الامراض التالية في الاصابة بهذه الاضطرابات:

- الحصبة و النكاف و الحصبة الالمانية
- الامراض و المشاكل الصحية التي تتعرض لها الام اثناء الحمل.
- نوع غذاء الطفل في وقت مبكر من حياته.
- الجينات الوراثية للانسان: يرشح أكثر الباحثين أن الجينات الوراثية هي السبب الرئيس في ظهور هذه الاضطربات، و لكن لا يمكن القول أن هناك جين واحد يمكن أن يظهر الاضطراب، بل يعتقد أنه يظهر نتيجة تفاعل مجموعة من الجينات الوراثية بصورة مشتركة (Herbert , 2005)

لذا تمارس الجينات دورا رئيسيا في ظهور التوحد. و هناك مجموعة من الدراسات الوراثية التي تؤكد ان الوراثة أحد الاسباب الرئيسة في هذا الاضطراب، فعلى سبيل المثال تزيد احتمالية اصابة توأمين متطابقين مع بعض. فالارقام تقول ان اصابة احد التوائم المتطابقة بالتوحد من النوع الكلاسيكي يجعل اصابة التوئم الاخر بنسبة 60٪. كما ان ظهور الاصابة لطفل في الاسرة بالتوحد يعطي نسبة 4 الى 5٪ باحتمال تكرار الاصابة لطفل اخر بالاسرة نفسها. بينما لو كان الطفل المصاب الاول بنت فان احتمال تكرار الاصابة 7٪. و اذا كان هناك طفلان مصابان في الأسرة فان احتمال تكرار الاصابة قد تزيد عن 25٪.

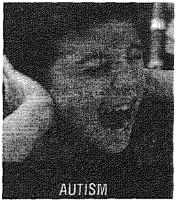
ويوضح الجدول الآتي نسب الاصابة في العائلة :

تصنيف العائلة	احتمال التكرار
اي طفل مصاب بالتوحد	٪ 4.5
ذكر مصاب فقط	٪ 3.7
انثى مصابة فقط	٪ 7.0
اكثر من طفل مصاب	٪2

(Jorde et. al , 1991)

تصنيف اضطرابات النمو الشاملة

1 . **الاضطراب التوحدي** Autistic disorders :



وهو اضطراب في الدماغ يصيب أو يؤثر أساسا على قدرة الشخص المبتلى به على التواصل، و تكوين العلاقات مع الآخرين، والاستجابة والتجاوب المناسب الصحيح مع البيئة (NIMH , 1997). وكذلك هو اعاقة نمائية تبقى مصاحبة للمبتلى به طوال حياته، و ينتج عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، و يؤثر على تعلم الاطفال، و فهم اللغة واستعمالها، وعلى تعلم كيف يتفاعلون مع الاحداث والخبرات الحياتية اليومية (Strong , 1996). ويختلف الافراد المصابين في هذا الاضطراب بدرجة الاصابة، فالبعض من ذوي اضطراب التوحد يصنف ضمن المستوى الوظيفي المرتفع، والذين هم مجموعة من الافراد التوحديين الذين لم يتأثر ذكائهم وكلامهم بالسلب نتيجة هذه الاعاقة. في حين يدرج البعض الآخر تحت وصف التوحد المقترن بالتخلف العقلي، والبكم، أو ذوي التأخر اللغوي الشديد. مما يجعل هذا الاضطراب بعض المصابين به منغلقين تماما على ذواتهم، بالمقابل يكون لدى البعض الأخر ولعا ولديه ميل قهري لأداء سلوكيات

نمطية و تكرارية بصورة تعزلهم تماما عن السياق الذي يوجدون فيه (NIMH , 1997). و على العموم هناك مجموعة من الاعراض العامة لاضطراب التوحد ، والتي حددها كلا من(Goodvin , 2000) و(أيوب ، 2008):

- غالبا ما يوصف أنه سلبي أو متهيج.
- لديه صعوبات في التواصل اللفظي و غير اللفظي، مع بطء اللغة أو انعدامها.
- صعوبات في الانشطة الاجتماعية و انشطة اللعب.
- أستهلاك كبير للوقت والأخرين.
- تدنى فترة و تكرار الاتصال بالعين.
- اضطراب حسي حيث يبدو أقل حساسية للألم و أكثر حساسية للمس.
- أنشطة شاذة للعب حيث ينقصة اللعب التخيلي و تقليد حركات الآخرين.
- سلوكيات حركية شاذة و متكررة.
- نوبات غضب متكررة.
- اختلال وظيفي في جهاز المناعة.
- أمكانية وجود مهارات و قدرات عالية.
- ضيق مجال الانتباه و التركيز.
- لا يستطيع التعامل مع الاشياء التي تتطلب المعالجة اليدوية الدقيقة.
- هذه الخصائص تختلف في شدتها بين اطفال التوحد ما بين بسيط و متوسط و شديد.

ويوجد هناك قبول عام مفاده أن اضطراب التوحد ينتج عن خلل وشذوذ في المنطقة الامامية الوسطى في الفص الجبهي، إذ يعاني المصاب في هذه المنطقة من ضعف في وعي الفرد بنفسه، وكذلك يوجد لدى المتوحد اضطراب وخلل في منطقة اللوزة، وقرن أمون اللذان يمارسان دورا كبيرا في الذاكرة و الانفعالات و ضبط السيطرة على النفس. فضلا عن ذلك توجد هناك عوامل لها علاقة بأصابة اضطراب التوحد مثل: الخلل الجيني، واضطراب عمليات التمثيل الغذائي، والعدوى الفيروسية، والتعرض للاصابات قبل وبعد الولادة، والمبيدات السامة، وتعاطي الامهات للمخدرات، ويمكن القول أن أي شيء يسبب خلل وظيفي في الجهاز العصبي يعد من الاسباب المقبولة لهذا الاضطراب (أوديل و ديردوف ، 1996).

2. **متلازمة أسبيرجر** Asperger Syndrome :



وهي أحد أعاقات مجموعة اضطرابات النمو الشاملة ذات الاصول التكوينية والبنيوية والخلقية الولادية، وتظهر هذه المتلازمة عند الميلاد و لكنها لا تكتشف مبكرا، بل تكتشف بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو التي قد تمتد الى 4 – 6 سنوات. وهذه المتلازمة تصيب الاطفال ذوي الذكاء العادي و العالي، و نادرا ما يصاحبها تخلف عقلي وتأخر في النمو اللغوي أو المعرفي كما لدى المصابين بالتوحد. ولكن يظهر لدى المصاب بمتلازمة أسبيرجر قصور تكيفي واضح في القدرة على التواصل الاجتماعي، وسلوكيات شاذة واهتمامات محدودة غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي، وعن التعبير عن العواطف والانفعالات والمشاركة الوجدانية (Klin & Voikmar , 1995).

إن هذه المتلازمة أكتشفت في عام 1944 على اليد العالم هانز أسبيرجر، و سميت على تسمية مكتشفها، و الذي قدم وصفا أكلينيكيا

لحالات تشابه ملامحها و اعرضها المرضية ما قدمه كارنر عام 1934 لوصف اضطراب التوحد. و الآن يصنف الاضطرابان ضمن مجموعة الاضطرابات النمائية الشاملة ذات العجز التطوري الدائم (Bogdashina , 2006).

و هناك مجموعة من التعاريف يمكن من خلالها أن نوضح متلازمة اسبيرجر، وهذه هي:

- تعريف الشربيني ، د. ت: حالة نفسية عصبية تصيب الاطفل بالعزلة، ونقص مهارات التواصل مع اقرانهم، و تدني مهارات اللغة والاهتمامات، بما يشابه اعراض التوحد، ولكنها تختلف بان المصابين بها معتدلين الذكاء ولديهم لغة افضل من المتوحديين.
- الخليل ، 2001: اضطراب ارتقائي قريب على التوحد، و لكنه يتميز بعدم وجود تأخر أو تراجع عام في اللغة أو في الارتقاء المعرفي، وعادة ما يظهر عند الذكور أكثر من الإناث.
- تعريف الصبي 2002: أحد اضطرابات النمو الشاملة تظهر عادة في وقت متأخر عن التوحديين، و على الاقل يتم اكتشافه متأخرا، ويتميز هذا الاضطراب بنقص المهارات الاجتماعية، و صعوبة في التعامل الاجتماعي، وصعوبة التركيز والتحكم، ومحدودية الاهتمام، ووجود ذكاء طبيعي، ولغة جيدة في التخاطب.
- تعريف (Baskin, Sperber, Price (2006: متلازمة تتميز بصعوبات في التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة، وهي تختلف عن اضطراب التوحد بحفاظها النسبي على تطور جيد للنمو اللغوي والمعرفي.
- تعريف World Health Organization 2006: نوع من اضطرابات النمو، ويتميز بمجموعة من الشروط النفسية كالشذوذ في التفاعل والاتصال الاجتماعي الذي يتغلل في وظائف الفرد، كما يكون

مصحوبا بعجز سلوكي وتكراري. (World Health Organization , 2006 , p. 6).

- تعريف Mental Health Information Center, 2006: اضطراب عصبي نمائي، ويصنف ضمن أحدى اضطرابات النمو الشاملة، حيث يكون مصحوب بعدد من المشاكل في التفاعل و السلوك الاجتماعي، و لكن ليس خطرا كالاصابة بأضطراب التوحد والتخلف في الذكاء واللغة.
- تعريف أبو حلاوة 2008: اضطراب عصبي نمائي متعدد العوامل، يتضمن وضعا نفسيا و سلوكيا يسبب تأثيرات سلبية لعوامل معينة على تركيب الدماغ، أثناء مرحلة النمو و ما بعدها.

لذا فأن متلازمة أسبيرجر تختلف في الاصابة عن اضطراب التوحد، إذ أن المصابين بهذه المتلازمة المرضية لا يوجد لديهم تأخر أو تخلف عام في اللغة، أو في الارتقاء المعرفي، وأغلب الافراد يكون ذكائهم العام عاديا، وتظهر لديهم الاعراض في مرحلة أكثر تأخرا عن ظهورها في حالات التوحد، فضلا عن أن صعوبات التعلم عادة ما تكون أقل شدة، و قد تقتصر على صعوبات التعلم اللفظية (منظمة الصحة العالمية ، 1999).

إن سبب هذه المتلازمة المرضية غير معروف لحد الآن، على الرغم من أن البحوث تؤيد أحتمال وجود تأثيرات جينية وراثية تسبب هذا الاضطراب. لذا فالتفسير المحتمل الآن لظهور هذا الاضطراب هو أن هناك خلل وراثي لبعض الجينات تغير نمو المخ بعد وقت قصير من الحمل، و هذا ما يؤثر على التركيب العصبي للمناطق العصبية التي تتحكم بالتفكير والسلوك.

(Arndt et. al , 2005) و (Berthier et. al , 1990)

أما تأثير العوامل البيئية، يفترضون العلماء الكثير من تأثيرها على ظهور الاضطراب، كالتلوث، و الاشعاعات، و الاصابة الفيروسية... الخ، و لكن لا شيء قد أكد لحد الان من قبل البحث العلمي (Arndt et. al , 2005 , p. 99)

وتختلف تقديرات انتشار المرض اختلافا كبيرا.فقد وجد تقرير عن دراسات الأوبئة لدى الأطفال عام 2003 أن معدلات انتشار الأسبيرجر تترواح بين 0.03 إلى 4.84 في كل 1،000 طفل، وذكر التقرير أن نسبة التوحد في متلازمة أسبيرجر تترواح بين 1.5 : 1 إلى 16 : 1؛ وبذلك يكون متوسط النسبة هو 1:5 وجدير بالذكر أن النسبة المتفق عليها لانتشار مرض التوحد تبلغ 1.3 لكل 1،000 طفل، مما يشير بشكل غير مباشر أن انتشار الأسبرجر قد يتراوح بين 0.26 لكل 1000 طفل.(Gillberg& Gillberg, 1989 , p.632)

في حين تشير التقديرات الاحصائية الحديثة الى أن معدل شيوع متلازمة أسبيرجر بين الاطفال يقدر الآن بحوالي 3 – 4 حالة من كل 1000 مولود ، و هي أشيع في الذكور عنها في الاناث بنسبة 10 – 1 (Klin & Voikmar , 1995).

أما الاعراض التي تظهر على المصابين باضطراب متلازمة أسبيرجر، فقد حددتها الجمعية الامريكية للطب النفسي في اصدارها الرابع، بما يأتي:

- غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالبا ما تكون فجة، وغلظة، وسمجة، وخرقاء أذا ما قورنت بالاطفال العاديين.
- السذاجة وسلامة النية.
- ضعف القدرة على ادراك وتفهم مشاعر الآخرين.
- العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالاخذ و العطاء مع الآخرين.
- سرعة الانزعاج بسبب اي تغير في الحياة، او الاعمال الروتينية، أو التقلب و التحول بتغيير المكان وبرامج النشاط اليومي.
- الانطلاق في الحديث، مع التمسك بالمعنى اللفظي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في الحديث مع الآخرين.

- غالبا ما تدور الاحاديث والاهتمامات حول موضوعات محددة.
- يكون المصابين به فائقي الحساسية للاصوات العالية والضوء القوي والروائح النافذة.
- شذوذ في الحركات وفي ممارسة الانشطة الرياضية.
- ذاكرة قوية لادق التفاصيل.
- المعاناة في صعوبات النوم وتناول الطعام.
- استخدام تواصل غير لفظي او معايير غير مناسبة.
- صعوبات في فهم ما يقرأ أو يسمع.
- استخدام انماط لفظية غير عادية تتميز بالملل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة.
- المط و التطويل في نطق الالفاظ مع لهجة متكلفة رسمية.
- التحدث بصوت مرتفع مطرد النغم او النسق على وتيرة واحدة.
- أثناء الحديث لا يوجد استقرار في حركة الجسم، فنجد المصاب كثير التململ، والاهتزاز، والقلق، وكذلك يستعمل يديه في الخطو الى الامام أو الخلف أو الجانب، وخاصة عندما يكون في حالة اهتمام و تركيز.
- غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع نفسه مكانهم.
- استحالة تكوين الاصدقاء، وإذا تكونت فالفترة قصيرة.
- الاستغراق في الحديث عن موضوعات محدودة، تدور في اطار ضيق، مع عدم محاولة تجاوزها مثل الطقس، وبرامج التلفاز..الخ.
- المعاناة من صعوبات في الادراك اللمسي، والتأزر النفس حركي، والادراك المكاني، والتخيل الفراغي أو التفكير المجرد.

- هذه المؤشرات لا تظهر جميعا في فرد واحد، ولكنها تختلف من فرد لأخر.

3. **متلازمة ريت** Rett`s disorder :



وهي أحد الاضطرابات البيولوجية العصبية المعقدة في النمو، واكتشفت من قبل طبيب الاطفال النمساوي اندرياس ريت عام 1966، والان تصنف ضمن مجموعة اضطرابات النمو الشاملة، والتي يبدو فيها نمو الرضيع في البداية مستقرا، لكن بعد ذلك يتوقف هذا النمو الطبيعي، ويفقد الطفل مهاراته وقدراته الطبيعية نتيجة المرض. إذ يفقد الاطفال مهارات المشي بعد أن بدأت تظهر لديهم، ويتوقفون عن استعمال ايديهم بعد أن كانوا يستعملونها في عمل اشياء معينة، وكذلك تظهر لديهم حركات مرضية نمطية مستمرة مثل التصفيق والنقر بالايدي، ويتوقفون في الاستجابة و الاتصال بالاخرين، بالرغم من أنهم كانوا يبتسمون لهم، ويتابعونهم بعيونهم(Weaving , 2005) .

إن هذا الاضطراب يحدث عند الإناث بشكل عام، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر 6- 18 شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة، والمشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، والتفكير، وإستخدام اليدين، وكذلك أن الطفلة المصابة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعد مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها، أو حركات مميزة لليدين (الصبي ، 2002).

إن في هذا الاضطراب يعاني المصابين بالعديد من الاعراض والمشكلات، إذ يواجه المصابين مشكلات عديدة بالمشي فحوالي 50 ٪ ليسوا قادرين على السير، ويعانون من مشكلات في الكلام، ولكن البعض يمكنهم الاتصال

بالاخرين بواسطة لغة العيون، وكذلك لا يستطيعون أطعام أنفسهم، فالبعض لديهم مشكلات في ابتلاع الطعام، والبعض لديه ضعف القدرة في مضغ الطعام جيدا وبصورة صحيحة، في حين ان هناك اشخاص لا يستطيعون بلع الطعام الا من خلال الانابيب، نتيجة لذلك يعاني المصابين بالرت من فقدان الوزن وعدم زيادته. فضلا عن ذلك يعاني هؤلاء المصابين من مشاكل النوم (Ellaway et.al , 1999 و (Guideri , 2004) وبتقوس في العمود الفقري، وقد يصل هذا التقوس الى 45 درجة، وهذا الوصف يمكن ملاحظته بشكل مثالي عندما ننظر الى العمود الفقري من المؤخرة، وبعض الحالات يكون حاد جدا مما يتطلب القيام بعملية جراحية لمعالجة هذا التقوس، ويعاني المصابين أيضا من نوبات مرضية تصيب الجسم وقد تستمر عبر فترات، ويكون تعرض الطفل الى هذه النوبات عن الطفل العادي بنسبة 80 ٪، كما يعاني المصابين من امراض معوية تتضمن الامساك وامراض معدية في المريء، والم ووجع في البطن، أو يعانون من مشكلات في القلب(Tsai , 1992) لذا يحتاج اكثرهم الى تعليم خاص ونظام غذائي، ومعالجة لمشكلاتهم المتعددة. لذا فمعظم المصابين لايمكنهم العناية بأنفسهم، ويحتاجون الى مساعدة الأخرين ومعاونتهم على متطلبات الحياة (Percy et.al , 2003) ويعتقد الباحثين ومنهم (Trappe , 2001) إن السبب الرئيس للاصابة بهذه المتلازمة يرجع الى الخلل الوراثي في تغير الجين المرمز بـ MECP2 والموجود في الكرموسوم X الناتج عن الذكر وليس الانثى، فضلا عن أن الخلل الوراثي في هذا الكروموسوم يحدث نتيجة الطفرات الوراثية، ولحد الآن لم يعرف السبب الذي يحدث الطفرة الوراثية في هذا الكروموسوم. وهناك ايضا بعض الجينات التي قد تتسبب في ظهور هذه المتلازمة، و منها , CDKL5 FOXG1. بيد أن بعض الحالات النادرة لا يظهر فيها تأثير الجينات في نشؤ هذا الاضطراب (Trappe , 2001).

وعلى العموم هناك مجموعة من المعايير المستحدثة من قبل الجمعية الامريكية للطب النفسي في معرفة متلازمة الريت ، والتي حددتها في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية، وهذه المعايير هي:

ملاحظة: في غياب أعراض إعاقات أخرى يجب وجود جميع الأعراض التسعة الآتية للحكم على الحالة بأنها حالة ريت وهي:

1. مرور فترة من 6 – 18 شهراً من النمو الطبيعي بعد ميلاد الطفل ولادة طبيعية وفترة حمل طبيعية.
2. أن يكون محيط رأس الطفل عند الميلاد مساوياً للمعايير المعروفة.
3. بطء ملحوظ بعد ذلك في سرعة نمو الرأس ابتداء من الشهر السادس حتى عشر سنوات.
4. فقدان أو قصور شديد عند اكتساب الطفل القدرة اللغوية في التعبير والاتصال والتخاطب وفقدان الرغبة في التفاعل مع الآخرين إلى حد الانطواء علي الذات مع هبوط في معدل نمو الذكاء.
5. فقدان تام لمهارات الاستعمال الهادف للأيدي بدءا من الشهر الخامس حتى عامين ونصف مما يعرقل محاولات قياس الذكاء أو القدرة على الفهم اللغوي والأداء العملي.
6. اندماج الفتاه في حركات نمطية للأيدي قد تتمثل في واحدة أو أكثر مما يأتي (مص الأصابع أو الرفرفة أوالطرق بها ، أو التصفيق بالأيدي واتخاذ وضع لليدين يشبه حركة غسيل الأيدي بالصابون أو حركة العزف علي العود أو الجيتار أو استمرار ضغط الأصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريباً ولا تتوقف إلا عند النوم).
7. في حالة استطاعة الطفل المشي فأنه يكون مشوباً بالترنح، وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً ما ، و حركات تشنجية تتسم

بالجمود في الأرجل وربما يتميز بالمشي على أطراف أصابع القدم.

8. اهتزاز أو رعشة في الجذع أو ربما في الأطراف وخاصة في حالات الغضب أو الضيق.

9. التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3 – 5 سنوات من العمر، فضلا عن تلك المعايير الأساسية جميعا هناك عدد من المعايير المساندة المحتملة التي ليس من الضروري توافرها كلها في حالة واحدة، إذ أنها ليست أساسية في أعراض التشخيص، ولكنها عوامل مساعدة قد لا تظهر في الطفولة المبكرة ولكن احتمال ظهور البعض منها تتضح مع التقدم في العمر وهي- :

- اضطراب التنفس بشكل توقف أو تقطع أو سرعة زائدة في الشهيق والزفير أو ابتلاع جرعات من الهواء (الشهيق) مما يؤدي إلي انتفاخ في البطن أو تكرار حدوث الزغطة.
- شذوذ أو خلل في رسم المخ، وبطء ملحوظ في انبعاث الموجات الكهربية الطبيعية، وظهور بؤرات صرعية تظهر في الرسم، وغياب الأنماط الطبيعية لها أثناء النوم.
- نوبات صرعية تشنجية تصيب أكثر من ثلثي الحالات.
- جمود وتصلب في العضلات مع رعشه تشنجية ومع انقباضات فجائية تزداد حدة وتكراراً مع التقدم في العمر.
- الطحن بالأسنان.
- صغر حجم الأقدام بالنسبة إلي حجم الجسم.
- بطء عام في النمو.
- نقص كبير في الأنسجة الدهنيه وفي حجم العضلات.
- سمنة أو بدانة مفرطة أحياناً في مرحلة البلوغ.

•اضطراب في النوم قد يعتره تهيج أو حركه زائدة.

•صعوبات أو اضطرابات في عضلات المضغ والبلع والكلام.

•قصور الدورة الدموية وخاصة في الأرجل والأقدام التي قد تؤدي إلي اكتسابها لوناً أحمراً مزرقاً.

•إمساك مزمن.

•خمول وقصور في الحركة يزداد مع التقدم في العمر.

.(DSM – VI , 1994)

4. **اضطراب التفكك الطفولي** (DDC) :



وهو أحد اضطراب النمو الشاملة التي تمثل التوحد. ويتميز هذا الاضطراب عن ما لا يقل سنتين من التطور الطبيعي، ثم يليه فقدان اللغة والمهارات الاجتماعية والمهارات الحركية قبل سن العاشرة. من الاسماء الأخرى للاضطراب التفكك الطفولي هو متلازمة هيلر، والخرف الطفولي، والتفكك الذهاني .(Hales et. al , 2000)

واول من حدد هذا الاضطراب المربي النمساوي توماس هيلر في عام 1908عندما قال أنه اضطراب معقد يؤثر على العديد من مناطق النمو المختلفة لدى الطفل. وفي البداية كان الباحثون ينظرون الى هذا الاضطراب ناتج عن مجموعة محددة من الاسباب الطبية، ولكن عند مراجعة الباحثين لكثير من حالات الاصابة باضطراب التفكك الطفولي لم يجدوا أي سبب طبي او عصبي ينتج عنه الاضطراب، لذلك تم تصنيف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات النمو الشاملة في الدليل الاحصائي والتشخصي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الامريكية للطب النفسي عام 1994 (Hendry , 2000)

أما أسباب هذا الاضطراب غير معروفة لحد الآن بصورة دقيقة، مع ذلك تشير نتائج البحوث أنه قد ينشأ بسبب خلل في البيولوجيا العصبية للدماغ، وأن حوالي نصف الأطفال المصابين عندما شخصوا بعناية بواسطة قياس النشاط الكهربائي في المخ عبر تخطيط الدماغ، وجد ان لديهم أشارات كهربائية غير طبيعية في الدماغ مما يشير إلى أنه قد يكون ناجما عن خلل في وظائف مناطق عمل الدماغ في حين يرجع بعض الباحثين اسباب الاضطراب الى النمو الشاذ في الخلايا البيضاء في الدماغ. (Sadock & Sadock , 2000)

وعلى العموم فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التفكك الطفولي تبدأ لديهم فقدان المهارات بعد عمر السنتين في جميع مناطق فهم اللغة والكلام، والمهارة في استعمال العضلات الكبيرة والصغيرة، والمهارات الاجتماعية، وهذه الخسارة تحدث عادة لدى الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة وأربعة سنوات، ولكنه يمكن أن يحدث في أي وقت حتى سن العاشرة(NORD , 2008)

فضلا عن ذلك إن فقدان المهارات قد يحدث بصورة تدريجية، ولكن في كثير من الأحيان يحدث بسرعة على مدى فترة من ستة الى تسعة اشهر بعد عمر السنتين. وقد تمر هذه التغيرات بمرحلة انتقالية تبدأ مع تغييرات غير مفهومة في السلوك مثل القلق والغضب الذي لا مبرر له، وتتبع التغيرات السلوكية فقدان المهارة الاجتماعية والتواصلية، والمهارات الحركية. وقد يتوقف الأطفال عن الحديث أو ارجاع احدى الكلمات. وكذلك قد يفقدون احيانا السيطرة على مثانتهم، وينطوون على أنفسهم، ويرفضون التفاعل الاجتماعي مع الكبار أو الأطفال الآخرين، وقد يقومون بحركات وأنشطة تكرارية، وغالبا ما يعانون في مشكلة الانتقال من نشاط إلى آخر. ووفقا لدليل الاضطرابات النمائية الشاملة، فإن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يعانون من فقدان العناية الواجبة بالكلام والمهارات الاجتماعية تقريبا، كما أن حوالي 90 ٪ يفقد مهارات المساعدة الذاتية (كالقدرة على إطعام و غسل نفسه، ، واستخدام المرحاض). (Tish , 2010) و Hales et. al)

(2000 , ورغم ما سبق عرضه فإن هذا الاضطراب نادر جدا، وهو اقل انتشارا من مرض التوحد .(Sadock & Sadock , 2000)

ويمكن تشخيص هذا الاضطراب عندما يرى المشخص أو الطبيب خسارة أو ضعف في أثنان على الاقل في المجالات الحياتية الآتية:

- مهارات أدراك اللغة. (فهم اللغة)
- مهارات التعبير اللغوي (نطق اللغة)
- المهارات الاجتماعية.
- مهارات المساعدة الذاتية.
- اللعب مع الاقران.
- مهارات حركية.
- السيطرة على المثانة و مشاكل في الامعاء.

لذا فالاطفال المصابين بهذا الاضطراب غير قادرين على بدء الحديث والتواصل مع الناس الاخرين، وفي أغلب الاحيان لا يتصلون بالاشارات غير اللفظية على سبيل المثال: الابتسامات، والايماءات، والاشارات، ... الخ. وكذلك يفقدون ايضا الاهتمام باللعب، وفي العلاقات مع الناس الآخرين، فضلا عن أنهم ينشغلون في حركات تكرارية غريبة مثل هز الرأس فوق و اسفل. (DSM , 2000) و (Tish , 2010).



5. اضطراب النمو الشامل غير المحدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD -NOS)

على وفق تعريف منظمة الصحة العالمية ICD فأن هذا الاضطراب هو نوع من اضطرابات النمو الشاملة، يظهر بعد عمر ثلاث سنوات، و يتميز بشذوذ في مجالات التفاعل الاجتماعي، و التواصل، و

السلوك النمطي المتكرر (منظمة الصحة العالمية ICD ، 1999) في حين عرفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV) بأنه اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي، أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة (DSM – IV , 1994).

ويسمى هذا الاضطراب احيانا بالتوحد الشاذ، وأول من اكتشف هذا الاضطراب هو العالم السويسري جين بلوير قبل 100 سنة تقريبا، إذ عرف هذا الاضطراب بأنه انطواء المريض على تخيلاته، ضد أي تأثير يأتي من الخارج فيصبح الاضطراب لا يحتمل. لذا يمكن توضيح خصائص هذا النوع من التوحد بـ (الهوس بالتفاصيل الدقيقة، وعدم قابلية الابتعاد عن الروتين، وصعوبات في التواصل الاجتماعي و الانفعالي (Autism Society of America , 2010)

ويشخص هذا الاضطراب عن طريق اطباء النفس والاعصاب، و اطباء الاطفال، والمختصين بالنمو، او علماء النفس، ولا يمكن لأي اختبار أن يشخص هذا الاضطراب، وذلك بسبب التعقيدات والمعوقات المتعددة التي يتشابه بها هذا الاضطراب مع اضطرابات اخرى سواء كانت من ضمن اضطرابات النمو الشاملة، او الاضطرابات العقلية كالفصام (NIMH , 2010). كما ان من الصعوبة تحديد الاضطراب بدأ من السنوات الثلاثة الاولى، إذ لا توجد هناك اشارات كافية وواضحة حتى الرابعة من العمر، فضلا عن ذلك تكون بعض الخصائص النفسية لدى الاطفال معتدلة النمو في حين تكون أخرى أكثر شدة وعوق سواء كانت في الجانب المعرفي او الاجتماعي او الانفعالي، و لكنها تتفاوت من مريض الى أخر. (Autism Society of America , 2010)

أما السبب الرئيس للاصابة بهذا الاضطراب هو خلل عصبي في المخ، حيث يوجد هناك خلل في النظام العصبي لدى المصابين بهذا الاضطراب، و لكن لحد الآن لم يعرف العلماء أين يكمن ذلك الخلل بصورة دقيقة. و تشير الدراسات ان سبب الخلل العصبي هذا يرجع الى التأثيرات الوراثية عن طريق الصفات الوراثية

المنقولة من الأبوين، فضلا عن التأثيرات الخارجية التي تؤثر على الجنين أثناء نموه (Moeschler et. al , 1990)

و يتميز هذا الاضطراب بمجموعة من الاعراض، هي كالآتي:

أ. صعوبات في المهارات الاجتماعية والانفعالية: قد يظهر الاطفال المصابين بهذا المرض لهفة لعقد صداقات مع اقرانهم من الاطفال، ويرغبون في التفاعل الاجتماعي بشدة، ولكن يفشلون في عقد تلك الصداقات، وذلك لانهم يتصرفون بطريقة اجتماعية غريبة مما يضعف علاقات التواصل مع الاطفال الاخرين. وهذا ما يجعلهم أن يكونوا اقوى علاقات التواصل والتقارب مع والديهم. وكذلك يعاني هؤلاء الاطفال من صعوبات في قراءة التعابير الوجهية الانفعالية التي تتعلق بمشاعر الآخرين، فهم لا يعرفون ما هي الاستجابة المناسبة عندما يضحك أو يبكي أو يتألم احد الاطفال أمامهم، ويعانون هؤلاء المصابين بضعف القدرة على فهم المعنى المجازي كالسخرية والتهكم الرمزي (Boyle, 1995)

ب.صعوبات في مهارات التواصل اللغوي : تظهر هذه الصعوبات بعد الولادة مباشرة، إذ لا يثرثر الاطفال الرضع المصابين بهذا المرض كالاطفال الرضع ذو النمو الطبيعي عندما يصيحون او ينطقون باحرف معين مثل (بو، أم...الخ) وكذلك يتأخر لديهم النضج اللغوي، حيث أنهم لا يتكلمون عندما يصلون الى العمر المناسب لذلك، فضلا عن أن مفرداتهم التي ينطقون بها محدودة في الكبر. ومن الخصائص الرئيسة لبعض النماذج اللغوية للمصابين بهذا الاضطراب، هي:

- اللغة التكرارية أو الجامدة مثل تكرار جملة معينة باستمرار.
- اهتمامات محدودة وضيقة.
- اضطراب في نمو اللغة.

- اتصال غير لفظي سيء.
- اطالة في الألفاظ، والحروف، ويظهر ذلك عندما ينشدون أغنية، او قطعة من الموسيقى.
- صعوبات شديدة في ادراك الاختلاف بين الضمائر في التحدث مثل انا، أنت، أنتي، انتما، أنتم.. الخ، فمثلا لو سالنا الطفل المصاب كيف حالك، سيجيب هذا الطفل بدلا من أنا بخير، بـ أنتم بخير. (Dalldorf ,1995)

ج. أنماط سلوكية غير عادية: يقوم المصابين بهذا الاضطراب بالعديد من السلوكيات الشاذة، مثل:

- عدم تغيير الروتين اليومي.
- الانزعاج من التغيرات البيئة اليومية وهذا يؤدي الى الغضب و استجابة عدوانية.
- سلوكيات قهرية و روتينية شديدة مثل الاصرار على تناول نوع معين من الطعام دون غيره.
- القيام بسلوكيات تكرارية مثل التصفيق بالأيدي.
- اهتمامات محدودة و تكرارية مثل قضاء الوقت في معرفة حالة الطقس، واسماء عواصم الدول، أو تاريخ ولادة افراد الاسرة.
- تعلق سلوكي شاذ: إذ يطوير المصابين تعلق شديد بالأشياء مثل منظفات الأنابيب، والبطاريات، وحافظات الأفلام (Mailloux & Lacroix , 1992)

د. الاضطراب الحسي الحركي: يعاني المصابين بهذا الاضطراب من خلل حسي وحركي، فعلى الصعيد الحسي يظهر المصابين ضعف حسي بصري أو سمعي او ذوقي، اما على الصعيد الحركي يعاني المصابين

من صعوبات حركية مثل التصفيق بالايدي، وكذلك يظهر الاطفال المصابين خصائص حركية معينة مثل تكشير الوجه، و لوي اليد والمشي على اصابع القدم، والقفز، وهز الجسم والتمايل به، والدوران و ضرب الرأس(Prizant, & Rydell , 1993)

هـ. الصعوبات المعرفية: يعاني المصابين بهذا الاضطراب العديد من المشكلات في القدرات المعرفية، مثل:

- ضعف في الذاكرة الفورية.
- ضعف المهارات البصرية.
- ضعف التفكير المجرد و الرمزي، و المنطق المتسلسل.
- ضعف وبطء في عملية التعلم .
- ضعف في القدرة على تعلم وتطبيق القواعد واستعمال المعلومات المكتسبة.
- الجمود وقلة المرونة المعرفية.
- رغم ذلك قد يظهر الاطفال المصابين قدرات خاصة ومميزة في الميكانيكا، والموسيقى، والقراءة، والرياضيات (Autism Society of America , 1995)

الفصل السابع عشر
النظرة الدونية
تجاه علم النفس والطب النفسي



17

الفصل السابع عشر

النظرة الدونية تجاه علم النفس والطب النفسي

مشكلة البحث

يمارس الطب النفسي الى جانب علم النفس دورا كبيرا في تشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية وعلاجها ، أذ يعد وسيلة مهمة وفعالة في تخليص أفراد المجتمع من المعاناة النفسية والجسدية للأمراض النفسية ، والذي يتم عن طريق العلاج النفسي(المالح ، 2001 ،ص11) ويعد العلاج النفسي عملية تفاعل اجتماعي يحاول فيها شخص مهني مدرب مساعدة المريض على التفكير، والشعور بطريقة سوية تحقق الرضا الوظيفي (Davison & Neale , 1994 , p.9) أو عملية تهدف الى مساعدة الأفراد لتعديل المشاعر، والمعارف، والاستجابات التي تجلب لهم التعاسة ، وحل مشكلاتهم ذات الطابع الانفعالي من خلال تقوية دوافع المرضى للبحث عن العلاج، وفسح المجال لطاقات النمو الشخصي، وتفريغ الانفعالات، وتغيير البناءات المعرفية ، وتعديل في العادات غير المرغوب فيها من خلال تطوير المهارات والعلاقات الاجتماعية ، وزيادة استبصار العميل بقدراته الذاتية (Strupp ,1989 ,p.723) ورغم فوائد الطب والعلاج النفسي لأفراد المجتمع ما تزال هذه المفاهيم تعاني من وجود معتقدات خاطئة تشيع حولها ، و تدور حول مجالاتها المختلفة ، وخاصة في مجتمعاتنا العربية (المالح ، 2001 ، ص 8).

هذه المعتقدات تتعلق بنظرة الإنسان العادي نحو الطب النفسي وعلاجه والاضطرابات النفسية ، إذ لا يزال الكثير من الناس من يظن أن الطب النفسي مرتبط بالجنون فقط أو علاج الإدمان على المخدرات أو حالات التخلف العقلي، وهذا فهم خاطئ ، ونظرة ضيقة إلى مجال الطب والعلاج النفسي، فمن أهم الآثار السلبية الناتجة عن هذه المعتقدات أنها تعمل بوصفها حواجز وعقبات تمنع الفرد

من اللجوء إلى الطب النفسي ومسائل علاجه. فعند تعرض الفرد إلى اضطراب في السلوك بدرجه يخرجه عن معايير السلوك العادي ليعوق حياته وتوافقه الشخصي و الاجتماعي، ويعكر صفو مزاجه، وسعادته، فأنه يصبح غير متوافق، و قد تكفي عدة جلسات واستشارات نفسية لإزالة الاضطراب الموجود لديه، وأما في حالة وجود المعتقدات الخاطئة عن الطب والعلاج النفسي في مجتمع هذا الفرد، مع أيمانه بها، فأنها تؤدي إلى استفحال أعراض المرض لديه وتؤدي به إلى هاوية المرض النفسي (عبد الله ، 2000 ، ص 25) وهذا ما تؤكده دراسة (الدليم ، 2004) أن عدم الإقبال على الطب والعلاج النفسي ظاهرة من الظواهر التي تتسم بها خدمات الصحة النفسية في الوطن العربي، وهي غالباً ما ترتبط بمحاولة أهل المريض أو المريض نفسه أخفاء المرض، أو بعض أعراضه مع إحاطة التشخيص بالشك (الدليم ، 2004 ، ص 27). في حين ترى (نصار ، 1998) أن ظاهرة عدم الإقبال على الطبيب النفسي والعلاج النفسي، يرتبط بعدة عوامل تخص المرضى أنفسهم، منها : الخوف من وصمة عار الإصابة بالمرض النفسي، والجهل بمقومات العلاج النفسي ومضامينه، فضلا عن المخاوف التي تصاحب الأفراد من مراجعة العيادات، وعدم الثقة بقدرة المختصين النفسيين على حل مشكلاتهم (نصار ، 1998 ، ص 22).

إن مخاطر المعتقدات الخاطئة عن الطب و العلاج النفسي أن يلجأ الأفراد إلى أساليب علاجية طبية قد تكون غير مفيدة وضارة، إذ بعض الأشخاص يبقى يعاني مع نفسه لفترات طويلة، ويعتمد على الأدوية غير النفسية أو على المهدءات والمنومات، من دون استشارة الطبيب النفسي، أو الذهاب الى العيادة النفسية، فتتأخر حالته وإنتاجيته في عمله، وتزداد مشاكله في بيئته، ومع أفراد أسرته و أصدقاءه، و يبقى بعيدا عن اتخاذ القرار باستشارة الطبيب النفسي و اخذ العون منه، أو التعرف على إمكانية العلاج والتحسن مما يشكو من أعراض مرضية نفسية (محمود ، 2005 ، ص 37). وهو ما يؤكده (زهران ، 1988) إن المرضى

النفسيين عند مراجعتهم العيادة النفسية، يسالون من الوهلة الأولى عن العلاج العقاقيري أو الدوائي، لأن معظمهم كان يستعمل قبل القدوم الى العيادة بعض الأدوية التي يظن المريض أنها قد تخفف من مشكلته، كما قد يظن البعض عكس ذلك، إذ يعتقد أن العلاج النفسي الطبي يعتمد على الكلام والحوار والمناقشة، فعند أفادتهم بأنهم سيستعملون معهم علاجاً نفسياً دوائياً مناسباً لحل مشكلاتهم، يشعرون بخيبة الأمل، وتزداد حالهم سوءاً (زهران، 1988، 208).

ويظهر أثر وجود المعتقد الخاطئ عن الطب والعلاج النفسي لدى الأفراد حينما يواجهون أعراض المرض بخرافات الطب الشعبي معتقدين أن هذه الأعراض نتيجة لتأثير السحر ومس الجن أو الحسد مما يدفع بهم إلى طلب العلاج من قبل المشعوذين والدجالين قبل التفكير باستشارة الطبيب النفسي وطلب العلاج منه، الأمر الذي يخسر فيه الفرد صحته النفسية وأمواله وجهده لمعالجة نفسه (الشربيني ، 1999 ، ص 56).

وكذلك على الرغم ما حققه الطب والعلاج النفسي، و خدمات الصحة النفسية من تقدم ملحوظ خلال العقدين الأخيرين، وازدياد عدد الأطباء النفسيين، وتقدم وسائل العلاج النفسي، فأن الإحصائيات تشير أن الإقبال على خدمات الصحة النفسية عامة، والعلاجات النفسية خاصة لا تزال محدودة، وكذلك أن بعض المراجعين يظهرون عدم الانتظام في الحضور إلى المؤسسات الصحية النفسية لأسباب اجتماعية وأخرى شخصية تتعلق بالاعتقاد في الشفاء من المرض (الدليم ، 2001 ، ص 200) وكشفت أدبيات التراث النفسي عن وجود علاقة بين مدركات المرضى، وأسلوب العلاج، ونوعية الاضطراب بعد إقبال المرضى النفسيين على الطب والعلاج النفسي، أو الاستمرار في فعاليته (الدليم ، 2004 ، ص 273).

أهمية البحث

من الضروري ان نضع في حساباتنا اهمية الصحة النفسية بالنسبة لأفراد المجتمع ومؤسساته المختلفة الطبية، والاجتماعية والاقتصادية والدينية. وتطبيق اتجاهاتها لتجنب كل ما يؤدي الى الاضطراب النفسي، أذ تكمن أهمية الصحة النفسية سواء كانت للفرد نفسه أو للمجتمع في أنها تحقق بناء شخصية متكاملة، وأعداد الإنسان الصحيح نفسيا في أي قطاع من قطاعات المجتمع مهماً كان دوره الاجتماعي بحيث يقبل على تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية ويعطي للمجتمع بقدر ما يأخذ، أو ليصبح أكثر استغلالاً لطاقاته وإمكانياته و إلى أقصى حد ممكن (زهران ، 1988 ، ص 23). وكي يتحقق ذلك يجب تحقيق مطالب النمو للفرد مثل : نمو التوافق الاجتماعي،وإشباع الحاجات النفسية والاجتماعية، وتقبل الواقع، وتكوين اتجاهات وقيم اجتماعية سليمة، والمشاركات الاجتماعية الخلاقة المسؤولة، وتوسيع دائرة الميول والاهتمامات و تنمية المهارات التي تحقق التوافق الاجتماعي السوي، وتحقيق النمو الديني و الأخلاقي القويم (رضوان، 2001،ص 46).

وعندما يكون المجتمع يعاني من تمزق وعدم تكامل في أجهزته وأنظمته ومؤسساته وهيئاته، والذي تسود فيه ثقافة مريضة مليئة بعوامل الهدم، والإحباط، والصراع، والتعقيد، والمشكلات الأسرية والتربوية،والجهل، والشك، والتعصب، والأحوال الاقتصادية المتدهورة و انحدار القيم والكوارث الاجتماعية يكون (مجتمع مريض) مما يدفع بأفراده نحو المرض النفسي، وأن مثل هذا المجتمع يحتاج إلى جهود كبيرة للقضاء على كل هذه الأمراض (الحبيب، 2001، ص 64).

وهنا تأتي أهمية و دورالطب النفسي بوصفه عامل ديناميكي (مستمر) يعمل على إزالة العوامل والأسباب التي تؤدي إلى المرض النفسي، وعلاج أعراض المرض، والعمل على حل المشكلات ومواجهتها ، و تحويلها من مشكلات

مسيطرة إلى مشكلات مسيطر عليها ، مع تعديل السلوك غير السوي، وتعلم السلوك الناضج للتخلص من المشكلات السلوكية، وزيادة البصيرة بالنسبة لهذه المشكلات، والتخلص من نواحي الضعف والعجز، وتعزيز نواحي القوة، والتعرف على القدرات وتنميتها ، وتحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين مع أقامة علاقات اجتماعية مناسبة، وزيادة قوة وتدعيم الذات، والتوافق الشخصي والاجتماعي والمهني (زهران، 1988، ص 200).

فتكمن أهمية الطب النفسي في كونه يساعد الفرد على بلوغ المستوى الذي يؤهله لأن يعيش برضا وسعادة، ولأن يصل إلى المستوى الأفضل الذي يتيح للمجتمع الإفادة من قدراته ومساهماته مما يعمل على تحقيق مستوى متطور من الإنتاج و الصحة السليمة للفرد من ناحية وللمجتمع من ناحية أخرى (النابلسي، 1995 ، ص 17) .

من خلال ذلك تتضح أمامنا الخسائر التي تلحق بالمجتمع وأفراده عندما يتخلفوا عن الاستعانة بالطب النفسي و مجالاته، فالمضطرب هو في الواقع إنسان مشلول الإرادة من الناحية الشخصية والاجتماعية لأنه من ناحية يعيش حياته بعيدا عن السعادة و ملذات الحياة ومن ناحية أخرى يفقد فعالياته الاجتماعية و حتى الأسرية. إذ لا بد من أن نتخلص من هذه المعتقدات، وأن نقضي على جهلها التي تحول دون التعامل مع الواقع بالموضوعية اللازمة حتى نتجنب الخسارة الناجمة عنها (أبو العزائم ، 2000 ، ص 42).

من هذا المنطلق يمكن تحديد أهمية البحث من خلال ما يلي :.

1. تأتي أهمية هذه الدراسة من خلال نتائجها للتحقق عن مدى شيوع المعتقدات الخاطئة عن الطب والعلاج النفسي حتى يتم التعامل معها وفق أسس موضوعية، و علمية (الدليم ، 2004 ، ص 74).
2. تأتي أهمية هذه الدراسة في تحديدها للمعتقدات الخاطئة عن الطب و العلاج النفسي (آن وجدت) في تنبيه المسؤولين وذوي العلاقة من باحثين

وأطباء إلى أهمية اتخاذ إجراءات وتدابير عملية من شأنها تعزز آليات توفير وتفعيل مختلف الخدمات النفسية (النابلسي ، 1995 ، ص 19).

3. تأتي أهمية الدراسة في كونها تحدد خطورة النظرة للطب والعلاج النفسي وما يؤدياه من دور في زيادة وعي الأفراد للطب النفسي بوصفه مهنة إنسانية تخدم الإنسان وتساعده في حياته العملية (رضوان ، 2001 ، ص 45).

4. تكمن أهمية هذه الدراسة في تنبيه أو استبعاد كافة الممارسات البدائية من ضرب، ودجل، وشعوذة، أو من اللجوء إلى الدجالين الذين يتصيدون الفرص (الشربيني ، 1999 ، 58).

أسباب نشوء وانتشار الاوهام الشائعة في الطب النفسي

يمكن أجمال أسباب انتشار المعتقدات الخاطئة عن الطب والعلاج النفسي بالآتي:

1. العجز الطبي :إن العجز الطبي يلعب الدور الأهم في نشوء المعتقدات الخاطئة عن الطب والعلاج النفسي والإشكالات الناتجة عنها ، فلو راجعنا قائمة الإمراض التي يدعي المشعوذون معالجتها والتي نسج عنها الحكايات لرأينا أن هذه القائمة تنظم إلى جانب الإمراض النفسية التي لازال الطب عاجز أمامها في حين تغيب عن هذه القائمة كامل الإمراض التي يملك الطب النفسي علاجاتها الشافية (النابلسي 1995 ، ص 20).

2. انخفاض مستوى الوعي :إن انخفاض مستوى الثقافة النفسية وقوة الخلفية العقائدية الخرافية تدفع الناس إلى الاعتقاد بان الأمراض النفسية كالفصام والاكتئاب والقلق وكذلك نوبات الصرع والعجز الجنسي تنتج عن تأثير السحر ومس الجن مما يدفعهم إلى طلب العلاج

لدى المشعوذين الذين يعتقدون أن التعامل مع السحر والجن عمل مهم، قبل التفكير باستشارة الأطباء النفسيين (شربيني ، 1999 ، ص 58)

3. ان كثرة الإجراءات الروتينية المرتبطة بالطب النفسي وطول الفترة العلاجية ورسمية العلاقة بين الطبيب والمريض وشعور المريض بالضعف أمام الطبيب النفسي والخوف، كلها عوامل ذات تأثير كبير في عزوف الناس عن الطب النفسي، واللجوء في المقابل إلى العلاج الشعبي مما يؤدي إلى انتشار الإشاعات الكاذبة عن الطب النفسي ورواج الطب الشعبي (فرغلي، 2005 ، ص 45)

4. اعتماد بعض الناس في نظرتهم عن الطب النفسي على ما تقدمه وسائل الأعلام من دور سلبي، إذ لعبت وسائل الإعلام الدور الكبير والواضح في تزييف مفاهيم الطب النفسي ومجالاته، فقامت على خلق صورة مشوهة سواء كانت للطبيب أو المريض على حد سواء، إذ عملت على الآتي:

أ. أظهار المرض النفسي في الوسائل الإعلامية ضخم الجسم، وعابس النظرات، وعنيف في حديثه وأسلوب تعامله، بل أن طريقة التصوير لهيئة هؤلاء المرضين تحرص على أن تثير الرعب في نفس المشاهد (الزراد ، 1984 ، ص 36).

ب.إظهار الطبيب النفسي بشكل مشوه، فهو ذلك الشخص غريب الأطوار، وصاحب مشية غريبة، ونظرات زائفة، وملابس غير متناسقة.

ج. أظهار العلاج بالرجفة الكهربائية على انه نوع من العقاب.

د. تركيز وسائل الإعلام في عرض المرضى النفسيين ذوي الحالات المزمنة غير قابلة للشفاء مما يثير الرعب واشمئزاز المشاهد (محمود ، 2005 ، ص 40)إذ أن ظهور هذه العدوانية في شكل سخرية

من الطبيب النفسي، ومن الخدمات النفسية التي تقدم يعكس فقرا في الثقافة العامة للعلاج النفسي والصحة النفسية مما ينعكس أيضا على عدم احترام المريض النفسي (شاهين ، 2005 ، ص 54)

5. تأخر مفعول بعض الأدوية النفسية مما يعتقد أن الأدوية هي مجرد مسكنات ومهدءات ، والتي يزول أثرها بزوال مفعولها فتسبب كثرة الشائعات والمعتقدات الخاطئة لدى الناس وهو ما يدفعهم الى عدم اللجوء لطلب العلاج النفسي (مخزومي ،2005 ، ص 22)

اتجاهات الاسر العربية نحو اصابة احد إفرادها بالاضطراب النفسي:

أن ترابط الأسرة العربية بالأدوار النفسية والاجتماعية الخاصة والتي يمارسها النظام الأسري العربي لا يخلو من ثغرات مما يتحول إلى مأزق ومشكلات جدية في حال تجاهله وعدم الحيطه به، و يظهر موقف العائلة العربية في حال إصابة بعض أفرادها بالمرض النفسي بالمواقف الآتية :

- يتردد الأهل كثيراً قبل اللجوء إلى الطبيب النفسي.
- يحاولون التهرب من تنفيذ تعليمات الطبيب النفسي.
- يحيطون التشخيص بالشك.
- يحاولون اخفاء نبأ المرض حتى عن المقربين.
- عدائية غير ظاهرة امام المعالج.
- محاولة انهاء العلاج باقصى سرعة ممكنة (حتى قبل أوانه).
- الميل إلى اعتبار المرض النفسي موضوع سيئ (لدرجة محاولة التخلص منه معنوياً).
- الشعور بالتكابر لدرجة النرجسية.
- يفضلون مراجعة أكثر من طبيب.
- توجيه انتقادات مكثفة الى المريض (النابلسي ،1995 ، ص 19).

بعض الاوهام الشائعة نحو الطب النفسي

1. **اعتقاد بعض الناس بان الصالحين لا يمكن ان تصيبهم الإمراض النفسية بل ضعاف الإيمان:** هناك اعتقاد يدور عند بعض الناس بان الإمراض النفسية تصيب ضعاف الإيمان وان هذا الاعتقاد جاء من أمرين هما :

أولا :عدم إدراك الناس لمعنى المرض النفسي.

ثانياً : نظرة الناس لهذه الإمراض على أنها مركب نقص.

(ابو العزائم ، 2000 ،ص 43)

ولبحث هذا الأمر يجب أن نفرق بين العوارض النفسية ، والإمراض النفسية ، فالعوارض النفسية هي تلك التفاعلات النفسية التي تطرأ على الفرد نتيجة تفاعله مع ظروف الحياة اليومية ، وقد يلاحظها الآخرون ولا تؤثر على كفاءة الفرد ، وإنتاجيته ، وعقله ، وقدرته في الحكم على الأمور وهذا أمر معلوم ويحدث لكل من الصالحين والطالحين . أما الإمراض النفسية فأمرها مختلف وهي لا تقتصر على ما يسميه الناس بالجنون ، بل ان معنى المرض النفسي واسع يمتد من ابسط أشكاله كاضطراب التوافق البسيط إلى اشد إشكاله تقريباً متمثلاً بالفصام ، وليس بشرط ان تستخدم العقاقير الطبية في علاج الإمراض النفسية بل سوى طمأنة المريض. وهذا النوع ممكن أن يصيب اي احد من الناس سواء كانوا من الصالحين او غير الصالحين أذا توفر ما يدعو لحدوثها.

إن من الخطأ ان يربط الناس درجة التقوى والإيمان بالاصابة بالأمراض النفسية من دون العضوية ، أذ يقول النبي (ص) (ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب و لا هم ولا حزن ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشكاها الا كفّر الله بها من خطاياه) (مخزومي ، 2005 ، ص 22)

2. **اعتقاد بعض الناس بان الطب النفسي مجرد جلسات كلامية :** هناك اعتقاد شائع عند بعض الناس بعدم الحاجة إلى الطبيب و العلاج النفسي لأنهم يرون الطب والعلاج النفسي مجرد جلسات كلامية، وان بإمكانهم أن يخففوا عن مريضهم بالتكلم معه وطمأنته، بل يخاف البعض ان يشوش الطبيب أفكار المريض. ولعل هذا الاعتقاد بان الطب النفسي مجرد جلسات كلامية قد جاء نتيجة عدم إدراكهم لطبيعة الإمراض النفسية، والتي تبدأ تدريجيا من عزلة المريض، وإهمال مظهره وتدهور حالته النفسية إلى الشعور بأفكار غريبة (مرضية)، فيذهب إلى الراقي (المعالج الشعبي) فلا يستفيد منه، وحينما يزداد القلق أكثر يحضره أهله مضطرين إلى الطبيب النفسي والتي تكون حالته في أوجها فلا يظهر على المريض التحسن الكافي لسبب او لأخر مما يلقون اللوم على الطبيب النفسي وان علاجه مجرد جلسات كلامية فما كان قولهم ذلك في الحقيقة الا هروب من وصمة المرض النفسي وتعليلا له (محمود ، 2005 ، ص 39).

3- **اعتقاد بعض الناس بان الإمراض النفسية لا شفاء منها :** لا يتحدث الناس من أصيبوا بأحد الإمراض النفسية او إصابة احد ذويهم ثم من الله عليهم بالشفاء تفاديا لتلك النظرة الدونية التي ينظر بها بعض الناس إليهم، بل أن بعضهم ينتقد الطب النفسي بشكل مبالغ فيه، وان أهون على المريض وذويه أن يعترفوا بان ما اعتراهم من علل نفسية أنما كان بسبب الجن والسحر والحسد، وليست أمراض نفسية، ولذلك فأنهم يرون أن تلك الأمور الغيبية أنما حدثت بفعل فاعل، وقد تعدى عليهم مما يعطيهم الحق في المعاناة، وإما الاعتراف بالمرض فهو اعتراف بالنقص والقصور، وتبعا لذلك فان الناس لا يرون اي نتائج ايجابية للطب النفسي لان من استفادوا منه يتجنبون الحديث عنه. فضلا عن

ذلك ان من يراهم الناس من المرضى النفسيين هم فقط تلك الفئة الذين لم يستجيبوا للعلاج، أو انهم يعانون من بعض الأمراض النفسية المزمنة التي تتحكم بها الأدوية النفسية دون أن تشفيها تماما، او انهم لم يستجيبوا للعلاج النفسي أصلا، كما يمكن ان يكون لبعض الرقاة الدور الكبير في نمو هذا الاعتقاد في اذهان الناس، لما يرددونه ان بعض المرضى حسب خبرتهم قد شفاهم الله بالرقية ولم يشفوا بالمستشفيات وكل هذه الأسباب تؤدي إلى نشوء وكثرة هذا المعتقد (الحبيب ، 2001 ، ص 65).

4. **ارتباط الأمراض النفسية بالجنون والتخلف العقلي في حس كثير من الناس:** يخطأ بعض المرضى فيضنون ان المرض النفسي مرادف لما يعرف باسم الجنون، ويظنون إن العيادة النفسية لا يذهب إليها إلا المجانين (زهران ،1977،ص219) مما يؤدي إلى التردد عن زيارة الطبيب النفسي بل وربما الامتناع عن الأقدام أصلا رغم الحاجة الشديدة إلى ذلك. أذ البعض يتأخر بالحضور للعيادة حتى يتأكد من اكبر عدد من المراجعين قد انصرف بل قد تجد بعض المرضى يحاول جاهدا مع طبيبه ان يكون لقائهما خارج العيادة، ولعل عزل المرضى في مستشفيات خاصة يعزز هذه النظرة وغيرها من النظرات السلبية اتجاه الطب النفسي مما له من مضار في تأخر الناس في إحضار مريضهم حتى يستفحل الأمر، ويتأزم فيه المرض، وهذا ما يجعل من الصعب علاجه كما انه سيحتاج لفترة أطول من العلاج (محمود ،2005 ، ص 40)

5. **اعتقاد بعض الناس بان الإمراض النفسية إعراضها نفسية بحتة ولا يمكن ان تظهر بإعراض عضوية:** هناك اعتقاد ينظر به للإمراض النفسية بأنها لا يمكن أن تظهر في أعراض عضوية وهذا اعتقاد خاطئ بلا شك لان الإمراض النفسية يمكن ان تظهر في ثلاثة صور هي :

أ.مجموعة من الإمراض النفسية من دون أن يصاحبها أية إعراض عضوية.

ب.مجموعة من الإعراض العضوية كالغثيان والقيء دون ان يكون هناك أعراض نفسية واضحة مصاحبة مما يجعل المريض وذويه يعتقدون ان المرض عضوي لا نفسي، فالاكتئاب عند كبار السن يظهر في كثير من الأحيان بإعراض عضوية وقد يحدث العكس، فتظهر الإمراض العضوية بإعراض نفسية كما هو الحال في اضطرابات الغدة الدرقية والحمى المالطية وغيرها.

ج. أما في الصورة الثالثة تظهر بمجموعة من الإعراض النفسية والعضوية في ان واحد، وهو ما يحدث في اغلب الأحوال كشكوى مريض القلق من خفقان القلب والتعرق والرجفة (كاعراض عضوية) إضافة إلى الخوف والتوجس وعدم الاستقرار والطمأنينة (كإعراض نفسية) (محمود ، 2005 ، ص 42)

6. **اعتقاد بعض الناس بان الأدوية النفسية هي نوع من المخدرات ولذلك فهي تؤدي إلى الإدمان:** هناك اعتقاد شائع بين الناس بان الأدوية النفسية هي نوع من المخدرات، وان دوام العلاج عليها تسبب الإدمان مما تجعلهم يتوجسون من الاقتراب من الأدوية النفسية خشية الوقوع في شراكها إلى الابد، وهذا الاعتقاد ليس وقفاً على العامة فقط وإنما يحمله ويشيعه كثير من الصيادلة والأطباء مما يدفعهم الى تحذير ذويهم وعملاءهم من الأدوية النفسية حتى لا يدخلوا في دائرة الإدمان أو دوامة العلاج التي لا تنتهي. فضلا عن ذلك نجد أن الكثير من الأدوية النفسية ربما تحول من دون استمتاع المريض بحياة طبيعية وسعيدة (المهدي ، 2005 ، ص 77) ولعل هذا الاعتقاد بان الأدوية النفسية ما هي إلا نوع من المخدرات وتؤدي إلى الإدمان جاء من عدة أمور منها :

أ. تخوف بعض الناس من الأدوية النفسية، لان المريض قد يقدم على الانتحار في أي لحظة مستعمل جرعات كبيرة من تلك العقاقير الخطيرة في ظن بعض الناس.

ب. أن النعاس والخمول تأثير جانبي لتلك الأدوية مما يربط في حس كثير من الناس بآثار المخدرات.

ج. تعميق بعض الرقاة هذه النظرة الخاطئة في نفوس الناس، إذ يشترط بعض الرقاة لرقيته أن يتوقف عن تناول أدويته النفسية، لأنها كما يزعمون مخدرات تحبس الجن في العروق وتنشف الدماغ وتمنع بلوغ اثر القران.

د. توقف بعض المرضى عن تناول أدويتهم عند حدوث بعض التحسن في حالتهم النفسية مما يؤدي الى حدوث انتكاسة فيظنون أن تلك الانتكاسة حدثت بسبب إدمان (محمود، 2005، ص 40)

7. **اعتقاد بعض الناس بأنه لا فائدة من الأدوية النفسية لما يلاحظونه من عدم الشفاء رغم استخدامهم لها لفترة طويلة:** ان هذا الاعتقاد جاء نتيجة ما اعتاده الناس من الاستجابة السريعة عند استعمال الأدوية الطبية (غير النفسية) فعند الشعور بالصداع اعتاد بعض الناس تناول حبتين من البندول فيذهب الصداع، وهذا الحال يختلف عند استعمال الأدوية النفسية، الذي لا يظهر إلا بعد أسبوعين إلى أربعة أسابيع من بداية استعمالها، حتى في حال تحسن المريض و شفاءه التام، كما أن هذا الشفاء ليس معناه إيقاف الدواء بل يجب الاستمرار عليه حتى يوقفه الطبيب النفسي وذلك بطريقة تدريجية ربما تمتد لمدة شهور.

كما من المرضى من يستجيب للعلاج استجابة كاملة، ومنهم من لا يستجيب للعلاج مطلقاً، ومنهم جزئياً لان العلاج فعال في نسبة معينة من المرضى، ولعل تقصير الأطباء في توضيح تلك الأمور لمرضاهم في أول لقاء بينهم يؤدي إلى

انقطاع المريض عن تناول الدواء لأتفه سبب، وخصوصاً أن أهل المريض وذويه ليسوا في العادة أحسن حالاً من المريض فيما يتعلق في موقفهم من الإمراض النفسية وادويتها مما يسبب نشوء وتداول هذا المعتقد(المهدي ، 2005 ، ص 79)

8. **اعتقاد بعض الناس بان الطبيب النفساني غير مستقر نفسيا فكيف ننشد العلاج عند:** إن أصل هذا المعتقد موروث غربي تلاقفته المجتمعات الشرقية، وذلك لان العلاج النفسي في بدايته كان يعتمد على التحليل النفسي، والنظر في مشاعر الفرد وخلجاته. إن التحليل النفسي (هو الذي جعل المعالج النفسي يبدو غريباً في نظر الناس) مما جعلهم ينسجون حوله الخيالات والأوهام، وفي الحقيقة أن الطبيب النفسي ما هو إلا إنسان عادي تماما قد درس الطب البشري فأعجبه الطب النفسي فاختاره. وربما قد يكون احد الأطباء النفسيين من هو غير مستقر نفسيا، مثلهم مثل أي طبيب أخر في تخصص أخر وفي المقابل فليست هناك إحصائيات موثقة تثبت أن الأطباء النفسيين أكثر أو اقل استقرارا نفسيا من غيرهم (مخزومي، 2005 ، ص 24)

9. **اعتقاد بعض الناس بان الطبيب النفسي لا يؤمن بأثر القران الكريم ودوره في العلاج وانه منكر لأثر الجن والسحر والحسد:** قد يستنتج بعض الناس بسطاء التفكير أو أحيانا المثقفين، ان الطبيب النفسي لا يؤمن بأثر القران، وانه منكر لاثر الجن، وان الطبيب النفسي من أتباع فرويد والكفار، وان الرقاة من أنصار الله والقران وعند نقاش هذا الاعتقاد يجب أن نذكر أن الإيمان بالجن والسحر والحسد يظهر بثلاث مستويات :

أ. الأيمان بوجود الجن وحقيقة السحر والحسد.

ب. الأيمان بتأثير الجن والسحر والحسد.

ج. الأيمان بالأعراض التي يصفها بعض الرقاة والتي هي نتيجة اجتهادات من بعض الخلق، ولقد أدى هذا الاعتقاد عند بعض الرقاة إلى التأثير على النظرة الاجتماعية العامة بالطب النفسي لما له تأثير فعال خصوصا على البسطاء عامة الناس وهم العدد الأكبر في الشعوب عامة (الشربيني ، 1999 ، ص 57)

10. اعتقاد بعض الناس أن الطبيب النفسي صانع للمعجزات والدجل:

هناك اعتقاد يرمي به الناس الطبيب النفسي بين صناعة المعجزات والدجل، ويمكن وصف هذين الاتجاهين حول المعالجين النفسيين بما يلي : الاتجاه الأول المبالغة بالتقييم والثاني الحط من قيمة الطبيب النفسي، فأما يتم رفع المعالجين النفسيين إلى منزلة صانعي المعجزات أو وضعهم في مرتبة النصابين ويرجع هذا المعتقد إلى التوقعات التي يمكن أن نتوقعها من العلاج النفسي، والتي يمكن أن تكون عميقة جدا ، فعندما يطالب المتعالج من المعالج حل جميع مشكلاته بسرعة وهو يتوقع منه ذلك ، نجد أن هذه التوقعات غير منطقية، وعندما يظهر للمتعالج (المريض) من انه لم يحقق الشفاء المتوقع، تنقلب تلك التوقعات غير الفاعلة نحو المعالج النفسي إلى حالة عدوانية، وأحيانا تظهر ميول شريرة جداً تعبر عن نفسها من خلال التقليل من قيمة المعالج وتشكيكه بعلمه (رضوان، 2001 ،ص23)

11. اعتقاد بعض الناس بالعلاج الشعبي دون الطب النفسي : ان موضوع الطب النفسي شائك جداً فأطباء النفس يشككون بقدرة الطب الشعبي في علاج الإمراض النفسية، وفي المقابل يؤكد المعالجون في الطب الشعبي قدرتهم على ذلك، ولتوضيح ذلك أن الأمراض العصبية الشديدة لا تنفع بها الرقية والطب الشعبي، وإنما تحتاج لعناية مركزة في المستشفى، أما الحالات المرضية الخفيفة يمكن علاجها بشرط أن

تكون تحت أيادي أمينة بعيدة عن الشعوذة، فهناك من يستعمل الضرب الشديد لإخراج الجن او أحداث ثقوب في جمجمة الرأس(مخزومي ، 2005، ص 24) ولتفسير ومعرفة أسباب لجوء الناس إلى الطب الشعبي من دون مراجعة الطبيب النفسي في العيادة هي الآتي :

أ. التاريخ الطويل لتجربة الطب الشعبي التي بدأت منذ فجر البشرية مقارنة بتجربة الطب والعلاج النفسي مع الممارسة الطبية الحديثة التي تجعل الناس في تسابق على ارتياد الطب الشعبي.

ب. ارتباط الطب الشعبي بالدين بشكل او بأخر مما يعطيه قدسية في نظر الآخرين، لأن الطب الشعبي يقربهم من الله بما ينطوي عليه من آيات قرآنية وأحاديث نبوية.

ج. قدرة الطب الشعبي على التعاون مع قضية الجن.

د. قدرة الطب الشعبي على التعامل مع الأمراض النفسية والحسد ومس الجن، وهذه القدرة مع أنها تفقد الدقة وتقوم على التكهنات في اغلب الأحيان إلا أنها مقبولة لدى الكثيرين.

هـ. مساحة الحرية التي يمنحها الطبيب الشعبي للمريض كي يشارك في التشخيص والعلاج إذ بإمكان المريض أن يحدد مرضه بنفسه، ويطلب من الطبيب الشعبي ان يعالجه بالكي أو القراءة مثلاً.

و. شعور المريض بالارتباط الوجداني والعاطفي بينه وبين الطبيب الشعبي بينما لا نجد مثل هذا التعاطف من قبل الطبيب في المستشفى.

وهذه كلها عوامل جذب للطب الشعبي وعوامل طرد للطب النفسي (فرغلي ، 1999 ، ص 47)

12. اعتقاد بعض الناس بان منشأ الوسواس القهري من الشيطان وان لا علاقة للطب النفسي به: هناك اعتقاد قوي لدى قطاعات كبيرة من الناس خصوصاً المصابين بالاضطرابات النفسية وأهل المريض بان هناك قوى خفية إصابتهم بالمرض النفسي، وهم في حدوث المرض يتفقون على ذلك وكأنه حقيقة مسلم بها، ويظل الخلاف في الكيفية التي يعمل بها الجن والشيطان، فيتصور البعض أنهم يدخلون إلى داخل الإنسان، ويسببون له الاضطراب الذي لا يشفى إلا بالخروج منه، ويعتقد البعض الأخر ان مجرد المس من جانب الشياطين يكفي لحدوث المرض مما يدفع الكثير من المرضى إلى طلب العلاج لدى الدجالين والمشعوذين، وللتوضيح نجد إن الوسواس القهري احد الأمراض النفسية الشائعة، والذي يكون في صورة أفعال وطقوس لا معنى لها مثل غسل الأيدي، او الطهارة، او ملامسة أي شيء، او التمتمة بكلمات، او أعداد طقوس معينة قبل البدء بأي شيء، و يكون سببه رغبات مكبوتة وضغوط لا يتحملها المريض، وقد ارتبط هذا المرض في الأذهان بوساوس الشيطان بسبب التشابه بين مسمى الوسواس القهري ووصف الشيطان بالوسواس الخناس مما أدى إلى نشوء هذا المعتقد والتشويه بالاعتقاد (الشربيني، 1999 ، ص 61).

التوصيات

بناء على ما سبق نوصي بالآتي :

- ترصين الممارسات الأكاديمية المعززة للتفكير العلمي في ميدان الأمراض والصحة النفسية.
- تكثيف الفعاليات العلمية و الثقافية التي تتناول أنماط السلوك الخرافي و المتخلف ذي العلاقة بالطب و العلاج النفسي و مخاطره على الفرد و المجتمع.

- قيام المؤسسات الإعلامية بأعداد البرامج و الأفلام الثقافية و العلمية حول قضايا الطب و العلاج النفسي و خدمات الصحة النفسية بين الناس.
- عقد ورشات العمل و الحلقات النقاشية المتخصصة في موضوع الطب النفسي والصحة النفسية و لفئات اجتماعية مختلفة و أشراك الأطباء النفسيين فيها.
- القضاء على الدجالين و المشعوذين الذين يدعون العلاج النفسي للإمراض النفسية ، ومحاسبتهم قانونياً.

المصادر

أولا: المصادر العربية

- إبراهيم، عبد الستار ـ 1985 ـ الإنسان و علم النفس ـ سلسلة عالم المعرفة، العدد 86 ـ يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ـ الكويت.
- أبو العزائم، محمود (2004): الوسواس القهري، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2005): العيادة النفسية، ، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.
- أبو العزائم، محمود (2005): القلق النفسي، منشورات الجمعية الاسلامية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2006): الرهاب الاجتماعي، الجمعية الاسلامية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2008): الوهن العصبي، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2009): اضطراب ثنائي القطب، ، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2010): اضطرابات الاكل، ، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2012): الاكتئاب، ، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.
- ابو العزائم، محمود (2012): جحيم الاكتئاب، ، مركز واحة النفس المطمئنة، الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية، القاهرة.

- أبـو النيـل، محمـود (1994) الأمـراض السيكـوسـوماتية .مجلـد 1. بيروت: دار النهضة العربية.
- أبـو سيدو، زين شـحاده ـ 2006 ـ عـالم المخـدرات إرهـاب اجتمـاعي ـ جريدة منبر دنيا الوطن الاليكترونية ـ www.alwatanvoice.com.
- ابـو هـاشـم، السيد محمد(2011): الخصـائص السيكـومترية لأدوات القياس فى البحـوث النفسية والتربوية، منشـورات جامعـة الملك سـعود، الرياض.
- أبـو هنـدي، وائـل (2008): اختـلال الآنيـة، الشـبـكـة العربيـة للصـحة النفسية الاجتماعية، متاح على Maganin.comwww.
- أحمـد، سـهير كـامـل (2000): التوجيـه والارشـاد النفسـي، مركـز الاسـكندرية للـكتاب، الاسـكندرية.
- أحمـد، عبـدالباقي دفـع الله و علـي الجيلـي الشـيخ عكاشـة وعبـد الرحمن عثمـان عبـد المجيـد (2010):اضـطراب مـا بعـد الصـدمة وسـط الأطفـال والمـراهقين بمعسـكرات النـازحين بولايـة غـرب دارفـور، مجلـة دراسـات افريقية.
- الأحمـد عبـد العزيـز بـن عبـد الله،(2010): الانحـرافـات الجنسـية، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض.
- أحمـد عكاشـة (2003) الطـب النفسـي المعاصـر – القـاهرة: مكتبـة الأنجلو المصرية
- الأشـقر، هيفـاء بنـت عبـد المحسـن (2004): أثـر برنـامج علاجـي – عقلانـي – انفعـالي – سـلوكي جمعـي في خـف قلـق التحـدث أمـام الآخـرين لـدى عينـة مـن طالبـات الاقامـة الداخليـة بجامعـة الملك سـعود، رسـالة مـاجستير غير منشورة مقدمة الى كلية التربيـة، جامعـة الملك بـن سعود.

- الاغا، بشار جبارة (2009): دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية التربية، الجامعة الاسلامية غزة.
- الأمارة، أسعد (2005): الشخصية الشيزية – الفصامية، الجامعة الدنماركية المفتوحة، الدنمارك.
- الامير، علي (2002): فسلجة النفس، دار الشؤون الثقافية، بغداد.
- انجلر، باربرا (1990): مدخل الى نظريات الشخصية، ترجمة فهد بن عبد الله دليم، دار الحارثي، الطائف.
- انور حموده البنا: الامراض النفسيه والعقليه، القاهرة، المكتب الجامعى الحديث، 2001، ص 24- 38.
- ايفا العيسى (1993م) المرشد العلمي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة، مكتب التربية لدول الخليج، الرياض.
- باتل، فيكرام (2008): الصحة النفسية للجميع، ط1، مركز التنمية الاسرية، الرياض.
- باتل، فيكرام (2008): الصحة النفسية للجميع، عندما لا يوجد طبيب، ترجمة علا عطايا وأخرون، ط1، ورشة الموارد العربية للطبع، بيروت.
- الباز، راشد بن سعد (2004): أزمة الشباب الخليجي و استراتيجيات المواجهة، ط 1، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض.
- البـبلاوي، ايهاب (2010): اضطرابات الاكل لدى المراهقين، منشورات اطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة، الرياض.
- الببلاوي، إيهاب عبد العزيز عبد الباقي (2006) انماط اضطرابات النوم لدى الاطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، مجلة كلية التربية.

- بخش، أميره طه (٢٠٠٠) : المبادئ والأسس التربوية للطفل المتخلف عقلياً، منشورات جامعة أم القرى مكة المكرمة، الرياض.
- البطاينة، أسامة محمد وآخران (2008): علم نفس الطفل غير العادي، ط1، دار المسيرة، عمان.
- البطاينة، أسامة محمد وآخران (2008): علم نفس الطفل غير العادي، ط1، دار المسيرة، عمان.
- بن همام، احمد (2011): النوم، منشورات المركز الجامعي لطب وأبحاث النوم، جامعة الملك سعود، الرياض.
- البنا، أنور (2005): علم النفس الشواذ، الطبعة الأولى، مكتبة جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
- البنا، أنور حموده (2008): المواقف الحياتية الضاغطة وعلاقتها باضطرابات النوم واليقظة لدى طلبة جامعة، مجلة الجامعة الإسلامية) سلسلة الدراسات الإنسانية(المجلد السادس عشر، العدد الثاني
- بو خميس، بوفوله (2009): الاختبارات والمقاييس، جامعة الحاج خضر، باتنه.
- تفاحة، جمال مصطفى (1996): بعض الامراض السيكوسوماتية (دراسة اكلينيكية)، اطروحة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- التويجري، محمد بن عبدالمحسن وأخرون (2011) معايير مهنية للأخصائي النفسي في مستشفيات الصحة النفسية والأمل ودور رعاية الأحداث
- تيماء الحياري مفهوم الاعاقة العقلية 2008، منشورات كلية الأميرة رحمة الجامعية، عمان.

- ثورندايك، روبرت و اليزابيث هيجن ـ 1989 ـ القياس و التقويم في علم النفس و التربية، ترجمة زيد عبد الله الكيلاني و عبد الرحمن عدس، مركز الكتاب الأردني، عمان.
- الجبوري، علي محمود كاظم(2011): علم النفس الفسيولوجي، دار صفاء، عمان.
- الجسماني، عبد علي (1998): الامراض النفسية (تاريخها – انواعها – اعراضها- علاجها)، الدار العربية للعلوم، بيروت.
- جلال، سعد ـ 1986 ـ الأمراض النفسية و العقلية و الاضطرابات السلوكية ـ دار الفكر العربي للطباعة و النشر.
- جمعية الطب النفسي الأمريكية، 2004: يالمرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ترجمة الدكتور تيسير حسون، وزارة الصحة السورية، دمشق.
- جواد الشيخ خليل (2002): الاغتراب وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، رسالة ماجستير، جامعة الدول العربية، القاهرة، ص 40- 41
- جودة، آمال عبد القادر(2012): النرجسية وعلاقتها بالعصابية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصى مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد العشرون، العدد الثاني
- حسان، سخسوخ (2007):أثر مستوى القلق العام على دافع الانجاز لدى الطلبة المتفوقين عقليا في المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الآداب والعلوم الآنسانية، جامعة باتنا.
- حسان المالح 2012 الاضطرابات النفسية الجسدية في الموسوعة العربية الطبية، دمشق.

- حسن، عايدة شكري (2001): ضغوط الحياة والتوافق الزواجي لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- حسين، سهلة حسين قلندر (2003): القلق الاجتماعي وعلاقته بالتكيف الدراسي لدى طلبة جامعة الموصل، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية التربية، جامعة الموصل.
- الحفار، سعيد محمد ـ 1984 ـ البيولوجيا و مصير الإنسان ـ سلسلة عالم المعرفة، العدد 83 ـ يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ـ الكويت.
- الحويج، مهدي صالح (2012): الوسواس القهري، منشورات جامعة 7 أكتوبر، طرابلس.
- الخالدي، أديب (2000): الصحة النفسية، ط 1، الدار العربية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- الخراط، ايهاب (1988): سورين كيركجارد والطب النفسي الوجودي، مجلة الانسان والتطور، عدد ابريل.
- الخليدي، عبد المجيد وكمال حسن وهبي (1997): الامراض النفسية والعقلية، دار الفكر العربي، عمان.
- الخليل، الهام عبد الرحمن(2010): التصنيف الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية، مركز اطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة، الرياض.
- خليل، مازن (2001): دليل الصحة النفسية العامة للاطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية الاولية، من ضمن برنامج منظمة الصحة العالمية، دمشق.
- الداهري، صالح (2008) أساسيات التوافق والاضطرابات الانفعالية والسلوكية، دار صفاء، الأردن

- دبابنة، ميشيل ونبيل محفوظ (1984) :اضطرابات النوم، دار المستقبل للنشر والتوزيع، القاهرة.
- الدباغ، فخري - 1983 - أصول الطب النفساني - ط 3 - دار الطليعة - بيروت.
- الدمرداش، عادل - 1982 - الإدمان مظاهره و علاجه، سلسلة عالم المعرفة، العدد 56 - يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب - الكويت.
- راتيتون، دين (1962) الاختبارات النفسية ودلالاتها، ترجمة: الدكتور عطية محمود هنا. دار النهضة المصرية، القاهرة.
- رجيعة، عبد الحميد عبد العظيم (2009): الاثار النفسية لتعاطي وادمان المخدرات، ندوة علمية حول المخدرات والامن الاجتماعي، اكاديمية نايف للعلوم الآمنية، الرياض.
- الرخاوى، يحيى (1979):دراسة فى علم السيكوباثولوجى، المكتبة العلمية، الاسكندرية.
- رضوان، سامر جميل - د.ت - انتشار تعاطي المواد ذات التأثير النفسي لدى عينات من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية في مدينة دمشق.
- رضوان، سامر جميل (2007): "دراسة وصفية في اضطرابات القلب الوظيفية المنشأ" مجلة الثقافة النفسية، عدد 69.
- رضوان، سامر جميل (2009): الصحة النفسية، ط3، دار المسيرة، عمان.
- الرفاعي، نعيم (١٩٨٧) :(الصحة النفسية.، دار النابغة، دمشق.
- الرفاعي، نعيم (1986): الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجيا التكيف، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- الرفاعي، نعيم (1987): الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجية التكيف، ط7، منشورات جامعة دمشق، دمشق.

- الرفاعي، ولاء إبراهيم(2010) المنهج الإكلينيكي، منشورات جامعة المنوفية، مصر.
- الرفاعي، نعيم (1986): الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- الرقب، أسامة حمدان 2011 : تربية خاصة رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى جامعة العلوم الإسلامية العالمية، الرياض.
- الرواف، ايمان (2010): التشخيص النفسي، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض.
- الزراد، فيصل .(2000) الأمراض النفسية – جسدية) أمراض العصر .(بيروت: دار النفاس.
- الزعبي، ابتسام عبد الله (2010): القلق، اصدارات مركز اطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة، الرياض.
- زكي، نادية جمال الدين(٢٠٠٥): الآثار الصحية لتعاطي وإدمان المخدرات في "تعاطي المخدرات بين الحقيقة والوهم"، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الادمان .القاهرة
- زهران، حامد عبد السلام (1988): الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار المعارف، القاهرة.
- زينة حميد خليل (2006): اضطراب الشخصية الوسواسية القسرية وعلاقته بالتفكير الجامد، رسالة ماجستير غير منشورة، مقدمة الى كلية الآداب، جامعة بغداد.
- السامرائي، جاسم هاشم ـ 1988 ـ المدخل الى علم النفس ـ مطبعة منير ـ بغداد.
- السبيعي، عبد الله (2012): اضطرابات الشخصية، الموسوعة الحرة ويكيبديا، متاح على

- السبيعي عبدالله بن سلطان (2007): الانحرافات الجنسية (الأنماط، الوقاية، العلاج)، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض.
- سرى، إجلال محمد (2000): علم النفس العلاجي، ط2، دار عالم الكتب، القاهرة.
- سرحان، الخطيب2001م، الاكتئاب، حباشنة: دار مجدلاوي، عمان.
- سعد، علي (1994): علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- السعدني، مصطفى (2007): الانحرافات الجنسية، منشورات الجمعية العربية للصحة النفسية الاجتماعية، القاهرة.
- سعيد، ايهاب (2010): العيادة النفسية (الاكتئاب)، مركز واحة النفس المطمئنة، متاح على
- سفيان، نبيل ـ 2004 ـ المختصر في الشخصية و الأرشاد النفسي ـ ط 1 ـ الدار الهندسية للطبع ـ القاهرة.
- سلامة، علي جابر (2009): اضطراب الهلع، شبكة السلامة النفسية، متاح على http://www.alisalamah.net
- السلامة، علي جابر (2011): الوسواس القهري متاح على http://www.alisalamah.net
- سليم، ابراهيم (2010): اضطرابات الكلام، اصدارات مركز اطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة، الرياض.
- السنة الثالثة والعشرون - العدد 90 – مايو 2008
- سهام، طبي (2005): انماط التفكير وعلاقتها بالضغوط ما بعد الصدمية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة الحاج خضر، باتنه.
- سهير كامل أحمد :سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة.

- سويف، مصطفى ـ 1996 ـ المخدرات و المجتمع ـ سلسلة عالم المعرفة، العدد 205 ـ يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ـ الكويت.
- سوين، م. (1999): علم الأمراض النفسية والعقلية، تأليف: ريتشارد. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية، القاهرة.
- السيد، عبد الوهاب (1997): اضطراب النوم عند الكبار، مجلة النفس المطمئنة جلة النفس المطمئنة، السنة الثانية عشر، عدد 57.
- شاهين، عمر و يحيي الرخاوي (1977): مبادئ الأمراض النفسية، الطبعة الثالثة مكتبة النصر الحديثة، القاهرة.
- الشربيني، لطفي 2001: الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج، دار النهضة، بيروت.
- الشربيني، لطفي (1997): الانحراف والسلوك المضاد للمجتمع هل هي أمراض نفسية !!؟، مجلة النفس المطمئنة السنة الثانية عشر - العدد 52.
- شقير، زينب محمود (2002) علم النفس العيادي والمرضي للاطفال والراشدين، دار الفكر، عمان.
- الشيخ، كمال كامل (2002): اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، منشورات مركز اطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة، الرياض.
- ص - 585 ص 630 يونيه2008
- صالح، قاسم حسين (2005): علم النفس الشواذ والاضطرابات العقلية والنفسية، ط1، مطبعة جامعة صلاح الدين، اربيل.
- صالح، قاسم حسين (2005): علم نفس الشواذ والامراض النفسية والعقلية، مطبوعات جامعة صلاح الدين، اربيل.
- الصبي، عبد الله (2010): الاستراتيجيات التعويضية للطلاب ذوي إصابات الدماغ المكتسبة، اصدارات مركز اطفال الخليج، الرياض.

- الطواب، سيد محمود (2008): الصحة النفسية والارشاد النفسي، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.
- الطواب، سيد محمود (2008): الصحة النفسية والارشاد النفسي، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.
- الظاهر، زكريا محمد، و أخرون (1999): مبادئ القياس و التقويم في التربية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان.
- العاسمي، رياض (2005): علم النفس المرضي، دار مطابع الادارة السياسية، دمشق.
- عبد الحسن، دنيا عبيس (2012): إضطراب الهلع وعلاقته باضطراب رهاب المجال، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الآداب، جامعة بغداد.
- عبد الخالق، احمد (1987): قلق الموت،سلسلة عالم المعرفة، عدد 111 ، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1996): قياس الشخصية، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت.
- عبد الخالق، أحمد محمد " :(1998) الصدمة النفسية" ، الطبعة الأولى، لجنة التأليف
- عبد الرحمن، سعد (1983). القياس النفسي، ط1 ، الكويت، مكتبة الفلاح.
- عبد العزيز، سلطان (2012): موسوعة مقاتل الصحراء،ط3، اصدارات جامعة نايف للعلوم الآمنية، الرياض.
- عبد الغفار، عبد السلام 2007: مقدمة في الصحة النفسية"، الطبعة الأولى، القاهرة، دار النهضة العربية.
- عبد الفتاح، محمد ومحمود اوب العزائم (2010): العيادة النفسية، واحة النفس المطمئنة، متاح على http://www.elazayem.com.

- عبد الله، مجدي أحمد محمد . 2000 . علم النفس المرضي . دار المعرفة الجامعية . الأسكندرية.
- عبده، أشرف على السيد (2012): أدوات المرشد الطلابي، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض.
- العبيدي، سعد خضير خلف 1991: دراسة المخاوف المرضية، الرهاب، والعلاج المعرفي لها، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية الآداب، جامعة بغداد.
- العسالي، محمد اديب (2001): دليل الصحة النفسية للاطباء والعاملين في الرعاية الصحية، عن منظمة الصحة العالمية، دمشق.
- عطية، سامر (2011): ذهان النفاس، مركز مطمئنة الطبي، عمان.
- عطية، عز الدين جميل (2003): الاوهام المرضية أو الضلالات في الامراض النفسية، دار عالم الكتب، القاهرة.
- عكاشة، احمد (1984): الطب النفسي المعاصر، ط5، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- عكاشة، احمد (1984): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- عكاشة، أحمد 2003 الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- العكايشي، بشرى أحمد جاسم (2003). التوافق في البيئة الجامعية وعلاقتها بقلق المستقبل، إطروحة دكتوراه، الجامعة المستنصرية، كلية التربية
- علام، صلاح الدين محمود (2000): القياس و التقويم التربوي و النفسي: أساسياته، و تطبيقاته، و توجهاته المعاصرة، دار الفكر العربي، القاهرة.

- علي، فدوه (2010): العيادة النفسية (الهستيريا)، مركز واحة النفس المطمئنة، متاح على
- عليّ طوح (2008) الصدق، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض.
- عمر، ماهر محمود (1987): المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي، ط2، الفنية للطباعة والنشر، الكويت.
- عمر شاهين، يحيي الرخاوي (1977): مبادئ الأمراض النفسية، مكتبة النصر الحديثة، الطبعة الثالثة، القاهرة.
- العناني، حنان عبد الحميد (2005). "الصحة النفسية"، الطبعة الثالثة، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر.
- العنزي، أمل سليمان تركي (2005):اساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية (دراسة مقارنة) رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية التربية، جامعة الملك بن سعود.
- العنزي، فهد بن سعيد (2007): الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية العلوم الاجتماعية، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- عودة، محمد وكمال مرسي (1986): الصحة النفسية في ضوء علم النفس والاسلام، دار القلم، الكويت.
- عودة، احد سليمان (1985)، القياس والتقويم في العملية التدريسية المطبعة الوطنية، اربد.
- العويضة سلطان بن موسى (2000) العلاج النفسي للمصابين بالصَّدمات النَّفسية ،جامعة الملك سعود، الرياض.
- عويضه، كامل محمد (1996): الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت.

- عويضه، محمد (1996): الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت.
- العيسوي، عبد الرحمن (1992): علم النفس الاكلينيكي، الدار الجامعية، القاهرة.
- الغامدي، حسين عبد الفتاح (2000): اساليب حساب الصدق والثبات في الاختبارات النفسية، منشورات جامعة أم القرى، الرياض.
- غانم، محمد حسن (2009): علم النفس الاكلينيكي، ط1، المكتبة المصرية، القاهرة.
- غباري، ثائر أحمد ومحمد أحمد خصاونه وخالد محمد أبو شعيره (2010): التربية الخاصة بين التوجهات النظرية والتطبيقية، مكتبة المجتمع العربي، عمان.

- غباري، ثائر أحمد ومحمد أحمد خصاونه وخالد محمد أبو شعيره (2010): التربية الخاصة بين التوجهات النظرية والتطبيقية، مكتبة المجتمع العربي، عمان.

- غريب، عبد الفتاح (2005): الاكتئاب، منشورات الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.
- غصوب، عبده جميل (2008): قراءة قانونية حديثة للاضطرابات النفسية، مجلة العدل، العدد 1، السنة 42.
- فاروق الروسان: مقدمة في الإعاقة العقلية، دار الفكر العربي للطباعة والنشر والتوزيع، ط 1، عمان، 1999.
- الفاعوري، ايهم (2008): القلق، اصدارات مؤسسة اطفال الخليج لذوي الحاجات الخاصة، الرياض.
- الفايز، حنان (2007): علم النفس الاكلينيكي، منشورات جامعة الملك سعود، الرياض.

- فرغلي، علاء (2004): ماذا تعرف عن الهيستريا، مجلة النفس المطمئنة، عدد 79.
- فرويد، سيجموند ووليم شتيكل (1970): الكبت (تحليل نفسي)، ترجمة علي السيد، المكتبة الشعبية، القاهرة.
- فريد، محمد (2011): اضطراب الهلع، منشورات موقع اكاديمية علم النفس، القاهرة. متاح على http://www.acofps.com/vb/index.php
- فهمي، مصطفى (د. ت) علم النفس الاكلينيكي، مكتبة مصر، القاهرة.
- فهمي، مصطفى "الصحة النفسية، دراسات في سيكولوجية التكيف"، الطبعة الخامسة، القاهرة، مكتبة الخانجي (1998).
- القمش، مصطفى نوري و خليل عبد الرحمن المعايطة (2009): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط2، دار المسيرة، عمان.
- القياس النفسي والتربوي نظريته، أسسه، تطبيقاته، تأليف: د.عبد الرحمن بن سليمان الطيري مكتبة الشد الطبعة الأولى 1418هـ - 1997م ص 248- 255.
- كاشدان، شيلدون (1984): علم نفس الشواذ، ط2، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، دار الشروق، بيروت
- الكحيمي، وجدان وآخرون (2003)، الصحة النفسية للطفل والمراهق، مكتبة الرشد ناشرون
- كمال، علي. 1983 . النفس أنفعالاتها و أمراضها و علاجها . ط 3. دار واسط للدراسات و النشر و التوزيع . بغداد.
- كمال، علي (1983): النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها، ط2، دار الواسطي، بغداد.
- كمال دسوقي، ذخيرة علوم النفس، وكالة الأهرام للتوزيع، 1990م.

- كمر، صالح شيخ (1989): الجريمة الجوانب النفسية والعقلية للجريمة، دار الشؤون الثقافية، بغداد.
- الكناني، حيدر لازم (2005): التفكير الاضطهادي عند المراهقين و علاقته بأساليب المعاملة الوالدية، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة الى كلية التربية ابن رشد، جامعة بغداد.
- كولاروسو، رونالد وكولين أورورك (2005): تعليم ذوي الحاجات الخاصة (كتاب لكل المعلمين)، ترجمة أحمد الشامي وآخرون، ج1، مركز الاهرام، القاهرة.
- كولاروسو، رونالد وكولين أورورك (2005): تعليم ذوي الحاجات الخاصة (كتاب لكل المعلمين)، ترجمة أحمد الشامي وآخرون، ج1، مركز الاهرام، القاهرة.
- المالح، حسان (2011): النوم والاحلام، مجلة الباحثون العلمية، عدد48.
- مبيض، مأمون 2006، المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك: د. بيروت
- المحارب، ناصر (2000):المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، دار الزهراء، الرياض.
- المسيري، احمد (2010): اضطرابات تشوه الجسد، مركز الدكتور المسيري لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية، http://www.elmissiry.com
- ماى، رولو و رفين يالوم (2000): العلاج النفسى الوجودى نظرية العلاج النفسى، ترجمة: د. عادل مصطفي، مجلة الانسان والتطور، العدد 68.

- المعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية (2006) The Numbers Count: Mental Disorders in America وُصِل لهذا المسار في مايو 2007
- المغربي، سعد . 1986 . سيكولوجية تعاطي الأفيون و مشتقاته . الهيئة العربية العامة للكتاب . مصر.
- منصور ، حازم علوان (2007) القياس النفسي في المجال الرياضي (بناء وتقنين المقاييس النفسية) منشورات الاكاديمية الرياضية، بغداد.
- منظمة الصحة العالمية (2001): دليل الصحة النفسية العامة للاطباء والعاملين في مجال الرعاية الصحية الاولية، من ضمن برنامج منظمة الصحة العالمية، دمشق.
- المهدي، محمد (2004): اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، منشورات الشبكة العربية للصحة النفسية الاجتماعية، القاهرة.
- المهدي، محمد (2010): هوس الشاشة..وعشق الصور.. ووعود التجميل، منشورات الجمعية الاسلامية للصحة النفسية، القاهرة.
- النابلسي، محمد احمد" :(1995) نحو سيكولوجية عربية"، دار الطليعة، بيروت، لبنان
- نصار، كريستين (1992) شجون الحرب وويلاتها، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة .لبنان.
- نيازي، عبد المجيد طاش (1999): "مهارات العمل مع الجماعات في الخدمة الاجتماعية" مجلة كلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان – العدد السادس.
- الهمص، عبد الفتاح عبد الغني 2009 اضطراب ما بعد الصدمة... الأسباب والحلول بورقة عمل مقدمة الى وحدة البحث العلمي - بعنوان: "اضطرابات ما بعد الصدمة عند الأطفال" في مؤتمر الكلية الجامعية للعلوم التطبيقية- جامعة غزة.

- وشاح، محمد محمود. ما هية الادمان على المخدرات و طرق الوقاية و العلاج _ جريدة منبر دنيا الوطن الأليكترونية www.alwatanvoice.com.
- ياسين، عطوف محمد. 1981. مدخل في علم النفس الاجتماعي. دار النهار للنشر. بيروت.
- يحيى، عفاف (2010): العيادة النفسية، اضطرابات الاكل، مركز واحة النفس المطمئنة.
- يوسف، سيد جمعة (1993): العلاقة بين نمط سلوك أ وعلاقته بالامراض النفسجسمية دراسة مقارنة، مجلة كلية الآداب، جامعة القاهرة.

ثانيا: المصادر الأجنبية:

- Alonso J, Angermeyer MC ،Bernert S ،et al .(2004) . "Prevalence of mental disorders in Europe :results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)project ."Acta Psychiatr Scand Suppl No.7.
- American Board of Professional Psychology ،Specialty Certification in Professional Psychology
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (Text Revision). Arlington, VA, USA: American Psychiatric Publishing, Inc
- American psychiatric Association (APA) (2002): Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (3rd Ed.), Washington, DC: American psychiatric press

- American Psychiatric Association. (2000 .(Diagnostic and statistical manual of mental disorders) text revision). Washington, DC: Author
- American Psychological Association 2010 __ "Sexual Orientation, Homosexuality,and Bisexuality" http://www.apa.org.
- APA,2005 .(Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology: Quick Reference Guide to Doctoral Programs. Association of State and Provincial Psychology Boards
- Bailey, J. M. and D. S. Benishay (1993), "Familial Aggregation of Female Sexual Orientation," American Journal of Psychiatry 150(2).
- Baker D, Hunter E, Lawrence E, et al. (May 2003). "Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases". *The* British Journal of Psychiatry **182**5.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., et al (2003) Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. British Journal of Psychiatry, Vol.182.
- Barlow, David H.; Vincent Mark Durand (2004): Abnormal Psychology: An Integrative Approach. Thomson Wadsworth
- Beck, A.T. & Emery, G. 1985, Anxiety Disorders and Phobias: ACognitive Perspective, Basic Books, New York.

- Bogaert AF (2004): "The prevalence of male homosexuality: the effect of fraternal birth order and variations in family size". Journal of Theoretical Biology 230 (1).
- Bouchard, T.J.. (1996). Sources of human psychological differences: The Minnesota study of twins reared apart. *Science*, 96
- Bourne , E (2005): The Anxiety and Phobia work book (4th.ed). New York: Harbinger press.
- Bourne , E.J (2011): The Anxiety and phobia work book (5th.ed).New Haribinger publications.
- Byrd. D(2004): Facts and Fiction About Homosexuality, Meridian Magazine titled "Born That Way.Vo33.
- Cartwright , J. H (2001): Evolutionary Explanation of human behavior. New York: Routledge , Talylor & Francis Group.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2000). *Perspectives on Personality* (4th ed.) Needham Heights, MA: Simon & Schuster.
- Clark, D.C. & Goebel-Fabbri, A.E. (1999): 'Lifetime risk of suicide inmajor affective disorders' in D.G. Jacobs (ed.), The Harvard Medic School Guide to Suicide Assessment and Intervention, Jossey-Bass, San Francisco.
- Compas, Bruce & Gotlib, Ian. (2002): Introduction to Clinical Psychology .New York, NY: McGraw-Hill Higher Education

- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J ،et al (2004) "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys ."JAMA Vol.21.
- Deveci A, Taskin O, Dinc G, Yilmaz H, Demet MM, Erbay-Dundar P, Kaya E, Ozmen E. "2007 Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Nov;42(11):857–64.
- Didie, E.R.; Tortolani, C.C.; Pope, C.G; Menard, W.; Fay, C.; Phillips, K.A. (2006). "Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder ."Child Abuse & Neglect :(10) 30 .1115–1105
- Dilling, H., Mombour Schmidt., W. und M.H (1992): International Classification psychischer Storage. (ICD- 10) Kapitel V(F), Verlag Hans Huber..
- Douglas , Harper (2007): "Online Etymology Dictionary". http://www.etymonline.com/index.php?search=hemophilia&searchmode=none
- Ehrenkranz RA, Dusick AM, Vohr BR, Wright LL, Wrage LA, Poole WK (2006). "Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants". Pediatrics 117 (4): 1253–61. متاح على موقع ويكيبديا

- Ellis, A. (1979). The Theory of Rational –emotive Therapy. Brooks/Cole, CA
- Gersley , E (2001): Phobia: causes and treatment. Journal All psycho Vol.17.
- Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(5)
- Green , B (1999): Neurotic disorders and somatisation. New York: Priory Lodge Education.
- Gregory C(2000): Human Genetics for the Social Sciences (Advanced Psychology Text Series) [Hardcover] (Author) Publisher: Sage Publications, Inc
- Groth-Marnat, G. (2003 .(Handbook of Psychological Assessment4 ،th ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons .
- Hansell ,James and Damour, Lisa(2004) Abnormal Psychology,New York: Wiley.
- Hansen, R. A.& Atchison, B (2000). Conditions in occupational therapy: effect on occupational performance. Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins. متاح على موقع ويكيبديا
- Harris , E. L ,. Noyes,R ,. Crowe , R & Chaudry , D.R (1983): A family study of agoraphobia: A pilot study. Archives of General Psychiatry Vol.40.

- Heinimaa M" .(2002) Incomprehensibility: the role of the concept in DSM-IV definition of schizophrenic delusions ." Med Health Care Philos:(3) 5
- Hewitt J. A. (2002) The Architecture of Thought: A New Look at Human Evolution New York:Holmhurst House, Beds.
- Hewitt J.K. (2011): Behavior Genetics , An International Journal Devoted to Research in the Inheritance of Behavior no. 10519
- Hewstone, M. & Stroebe, W. 2001, Introduction to Social Psychology, 3rd edn, Blackwell, Oxford
- hillips, M. L., Medford, N., Senior, C., et al (2001) Depersonalization disorder: thinking without feeling. Psychiatry Research Neuroimaging, 108,145–160.
- Hirshkowitz, Max (2004). "Chapter 10, Neuropsychiatric Aspects of Sleep and Sleep Disorders (pp 315-340)"
- Huang, Y et.al (2009). "DSM-IV disorders in the WHO World Mental Health Surveys". The British Journal of Psychiatry 195 (1): 46–53
- Hunter EC, Baker D, Phillips ML, Sierra M, David AS (September 2005). "Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: an open study". Behav Res Ther43 (9):
- ICD (2010): Genralized anxiety disorder. Geneva. international classification diseases.

- ICD or (WHO): The World health report (2002): Ruducing risks , Promoting health life style. Geneva , World Health Organization.
- Insel , T.R & Wangs , P.S (2010): Rethink mental illness. J AMA. Vol.303.
- INTERNACIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES (1999): Sexual deviations and disorders , from http://www.centralx.com/diseases/icd275.htm.
- Jeffrey J. Magnavita (2004) Handbook of personality disorders: theory and practice John Wiley and Sons
- Kalat , J.W (2005): Introduction to psychology , (7th,ed) , New York: Thomson Wadsworth.
- KALLMANN, F. J. Comparative twin study on the genetic aspects of male homosexuality. /. Nerv. & Ment. Dis. 7/5.
- Kendler , K.S ,. Neal, M.C ,. Kessler , R.C ,. Heath , D.C ,. Eaves ,L.J (1993): Panic disorder in women: a population based tein study. Journal psychological Medicine vol.23.
- Kendler , K.S ,. Neal, M.C ,. Kessler , R.C et.al (1992): Genetic Epidemiology of phobia in women. J Arch Gene psychiatry Vol.49. No,4.
- Kendler ,K.S (1996): Major depression and generalized anxiety disorder samgenes. different environment revisited. Br J psychoiatry supp , Vol. 67.

- Kenler , K.S ,. Myers , J ,. Prescott ,C.A ,. Neal,M.C (2001): The genetic epidemiology of fears and phobias of men. Arch gene psychiatry Vol.58 , No3.
- Kessler , R. C ,. Chiu , W.T ,. Dem;ey ,O & Walters , E.E (2005): DSM-IV disorder in the national comorbidity survey replication. Journal Archives of general psychiatry , Vol.62 , No6
- Kessler RC, Berglund P ،Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE" .(2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Co morbidity Survey Replication ."Arch. Gen. Psychiatry–593 :(6) 62 602.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE " .(2005 يونيو)Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication ."Arch. Gen .Psychiatry No 6.
- KING, MICHAEL & McDONALD , ELIZABETH Homosexuals who are Twins A Study of 46 Probands British Journal of Psychiatry (1992), 160.
- Klerman , G.L ,. Hirschfeld , R ,. Weissman , M (1993): Panic , Anxiety and is Treatments: Report of the World Psychiatric Association. American psychiatric Association.

- Kochanska, G. 1995, 'Children's temperament, mother's discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization', Child Development, 66, 597–615
- Lambert MV, Sierra M, Phillips ML, David AS (2002). "The spectrum of organic depersonalization: a review plus four new cases". The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences 14 (2): 141–54.
- Lambros, K. M., & Ward, S. L. (1998). Behavioral profiles of children at-risk emotional and behavioral disorders: Implications for assessment and classification. Focus on Exceptional Children, 30(5), 1-17.
- LeVay, Simon (1996). Queer Science: The Use and Abuse of Research into Homosexuality. Cambridge: The MIT Press.
- Mackintosh , M ,. Gatz , M ,. Wetherell , J.L and Pederson, n.L (2006): A twin study of life time generalized Anxiety Disorder in older Adults: Genetic and environment influence shared by neuroticism and GAD. Journal Twin Research and Human Genetics Vol.9. No 1.
- Mc Crae , R.R & John , o.P (1992): An introduction to the five –factor model and it's application. Journal of personality , Vol. 60.
- McConaghy, N; Hadzi-Pavlovic, D; Stevens, C; Manicavasagar, V; Keller, M; MacGregor, S; Wright, M; Bailey, J et al. (2006), "Fraternal Birth Order and Ratio of

Heterosexual/Homosexual Feelings in Women and Men", Journal of Homosexuality Vol.51 No(4):

- McDonagh MS, Morgan D, Carson S, Russman BS (2007). "Systematic review of hyperbaric oxygen therapy for cerebral palsy: the state of the evidence". Dev Med Child Neurol 49 (12): 942–7. متاح على موقع ويكيبديا
- McEvoy JP. (2006)Risks versus benefits of different types of long-acting injectable antipsychotics. J Clin Psychiatry.No.67
- Medford, N., Sierra, M., Baker, D. & David, A.S. (2005): Understanding and treating depersonalisation disorder. Advances in Psychiatric Treatment (2005), vol. 11.
- Medford, N et.al (2005) Understanding and treating depersonalisation disorder , Advances in Psychiatric Treatment No.11.
- MENDLEWICZ, J. & RAINER, J.D. (1977). Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness. Nature, 268(5618), 327–329.
- Menninger, Roy and Nemiah, John. (2000)American psychiatry after World War II: 1944-1994 .Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Mental Health America. Dissociation and Dissociative Disorders2012.http://www.mentalhealthamerica.net/go/dissocia tio.

- Mezzich, Juan E. (2002). "International Surveys on the Use of ICD-10 and Related Diagnostic Systems" (guest editorial, abstract). Psychopathology Vol.35 No.(2–3).
- Miller , K (2003): Nursing and Allied Health (7th.ed) Sunders , Elsvier , Inc.
- Miller,Keane 2003 Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition. by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc. All rights reserved.
- Mirror, Broken ‹Katharine A Philips, Oxford University Press, 2005 ed, p56
- Mölsä PK, Marttila RJ, Rinne UK (March 1995). "Long-term survival and predictors of mortality in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia". ActaNeurol Scand 91 (3).
- Monroe, SM.; Harkness, KL. (2005). "Life stress, the kindling hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from
- Moser C, Kleinplatz PJ (2005). "DSM-IV-TR and the Paraphilias: An argument for removal". Journal of Psychology and Human Sexuality Vol. 17 , No. (3/4):
- Murray, Bridget. (2000) The degree that almost wasn't: The PsyD comes of age .Monitor on Psychology No1.
- Musen, paul & other (1980): Essentials of child Development and personality, harper & Row. Publishers , NEW YORK

- Nationaal Epilepsie Fonds(2011): Epilepsie , De Molen: Holind.
- Neistadt ME(2000): Occupational therapy evaluation for adults: a pocket guide.: Lippincott Williams & Wilkins;. متاح على موقع ويكيبديا
- Norcross, J & .Castle, P. (2002): Appreciating the Psy.D: The Facts .Eye on Psi Chim, Vol.7.
- Noyes , R ,. Clarkson ,& Crowe , R.R (1987): A family study of generalized anxiety disorder. Am J psychiatry Vol. 144.
- O'Donohue, W; K.E. Ferguson (2006). "Evidence-Based Practice in Psychology and Behavior Analysis"The Behavior Analyst Today7 (3).
- Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. (2007):Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. in Women's Health &Education Center. Clin Psychol RevVol.27 , No5 .
- oresh, N; Apter, A; Ishai, J; Danziger, Y; Miculincer, M; Stein, D; Lepkifker, E; Minouni, M (1996). "Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35 (7):
- Pennington L, Goldbart J, Marshall J (2004). "Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy". Cochrane database of systematic reviews (Online) (2). متاح على موقع ويكيبديا.

- Phillips, KA; Castle, DJ (2001" .(Body dysmorphic disorder in men: Psychiatric treatments are usually effective ."BMJ Clinical research ed Vol.6.
- Prescott , C.A ,. Hettema , J.W & Kendler ,K. S (2001): A population based twin study of generalized anxiety disorder in men and women. J Nerv Ment Dis , Vol.189. No.7.
- Raine, A., Venables, P.H. & Williams, M. 1990, 'Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years', Archives of General Psychiatry, 47, 1003–7.
- Raygor,R.D 2005: The Science of Psychology , (2ed) New York: McGraw-Hill.
- Reid , W (1996): Don't Panic Taking control of Your Anxiety Attacks. Revised Edition , HC.
- Rudorfer, MV, Henry, ME, Sackeim, HA (2003). "Electroconvulsive therapy". In A Tasman, J Kay, JA Lieberman (eds) Psychiatry, Second Edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd
- Russon , J (2003): Human Experience: Philosophy , neurosis and Elements of every life.Al Bany: New York University press .
- Ryan D. Johnson 2003Homosexuality: Nature or Nurture no.3.
- Schultz SH, North SW, Shields CG. Schizophrenia: a review. Am Fam Physician. 2007;75(12)

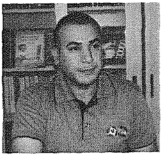
- Sierra, M et.al. "Lamotrigine in the Treatment of Depersonalization Disorder." Journal of Clinical Psychiatry 62 (October 2001): 826-827.
- Simeon D (2004). "Depersonalisation Disorder: A Contemporary Overview". *CNS Drugs* **18** (6)
- Simeon D, Hollander E, Stein DJ, et al. 1995 Induction of deperson- CR, editors: American Psychiatric Press Inc, 1998 azine. Psychiatry Res Sep 29; 58 (2): 161-4
- Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O (2003). "Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases". *Journal of Clinical Psychiatry* **64** (9)
- Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O (2003). "Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases". Journal of Clinical Psychiatry 64 (9): 990–7.
- Simeon, D., & Abugel, J. (2006). Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of the Self. New York, NY: Oxford University Press. (p. 3)
- Simeon, D., D. J. Stein, and E. Hollander. "Treatment of Depersonalization Disorder with Clomipramine." Biological Psychiatry 44 (August 15, 1998): 302-303.
- Somers , L ,. Julian.G ,. Ellioto,W ,. Paul , T (2006): Prevalence and incidence studies of anxiety disorder. Canadian Journal of psychiatry Vol.51 , No2.

- Somers JM, Goldner EM ،Waraich P, Hsu L .(2006 فبراير) "Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature ."Can J Psychiatry Vol.2.
- Ten , P (2007): The nature of conceit: The psychological complexes and narcissi. Journal Living world of behavior , Vol.19.No2.
- Troop, NA; Bifulco, A (2002). "Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders". The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society 41 (Pt 2)
- Van Zelst, B. (2006). "Activities of daily living in children with hemiplegic cerebral palsy: a cross-sectional evaluation using the Assessment of Motor and Process Skills". Developmental Medicine & Child Neurology 48 (9): 723–727. متاح على موقع ويكيبديا
- Vanin , J.R & Helsley , J.D (2008): Anxiety Disorders: A Pocket Guide for primary care. New York: C.V Mosby.
- Vollenweider FX, Vontobek P, Hell D, et al1999. 5-HT modulation of of dopamine release in basal ganglia in psilocybin-induced psychosis in man: a PET study with [11C]raclopride. Neuro- psychopharmacology; 20
- Waller NG, Ross CA. 1997. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population:

Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology* 106: 499-510

- Waraich P, Goldner EM ،Somers JM, Hsu L .(2004) "Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature ."Can J Psychiatry Vol.2 .
- Wittchen HU, Jacobi F" .(2005) Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies ."Eur Neuro psychopharmacol Vol.5 , No4 .

الغلاف (سيرة الحياة)



- علي عبد الرحيم صالح الرحيم
- البلد : العراق .
- تولد : ديوانية ، 1983 .
- الشهادة :

❖ بكالوريوس في علم النفس العام – كلية الآداب – جامعة القادسية.

❖ ماجستير في علم النفس العام – كلية الآداب – جامعة بغداد.

- التخصص الدقيق : النمو المعرفي .
- المهنة : استاذ في جامعة القادسية ، ويعمل حاليا مقرر قسم علم النفس في كلية الآداب – جامعة القادسية ، وقد شغل قبل ذلك عدة وظائف أدارية .
- الاعمال

❖ نشر العديد من المقالات النفسية في المجلات الاكاديمية والصحف العامة.

❖نشر عشرة بحوث في المجلات النفسية الرصينة .

❖ نشر مجموعة من الكتب في مختلف الدور العلمية الرصينة في العراق والاردن وسوريا ، وهذه الكتب هي :

1 .دراسات نفسية في حياتنا اليومية .

2. اسرار سيكولوجية في النفس الإنسانية .

3. نظرية العقل لدى الاطفال .

4.علم النفس الوراثي.

5. الاسس العصبية والوراثية للسلوك الإنساني (مشترك).

6. ومضات في علم النفس المعرفي (مشترك) .

7. المعلوماتية والمنهج العلمي (مشترك) .

8 . ديمقراطيــة التعلــيم وإشــكالية التســلط والازمــات في المؤسســات الجامعية.

❖ ترجم بعض الكتب النفسية من الانجليزية إلى العربية ، وهي :

1. الارهاب من وجهة نظر علم الاجتماع وعلم النفس.

2 . سيكولوجيا التعصب بين الجماعات.

❖ شارك في عدد من الندوات والملتقيات العلمية .

علم نفس الشواذ

الاضطرابات النفسية والعقلية

Bibliotheca Alexandrina
12131114

9789957248826

دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان - شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري - هاتف : 4611169 6 962+
تلفاكس: 4612190 6 962+ ص.ب 922762 عمّان 11192 الأردن
E-mail: safa@darsafa.net www.darsafa.net